

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE ENFERMERÍA

Hábitos de vida de los adolescentes del asentamiento humano José Carlos Mariategui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Jacqueline Maribel Fenco Chero

Lima – Perú

2007

*Agradezco a Dios por
darme la fortaleza, la
perseverancia y el
regalo de la vida.*

*Agradezco a mi hermano,
a mi tío y a mis amigos,
por su apoyo, y su
motivación para el logro
de mis metas.*

*Agradezco a la Mg.
Teresa Surca, por su
apoyo permanente y su
asesoría en la presente
investigación.*

*Agradezco a la
población del
Asentamiento Humano
José Carlos Mariátegui
por su colaboración
para la realización de la
presente investigación.*

*A mi madre; por darme
su confianza, por ser
fuente de sabiduría,
fortaleza, lucha, y
perseverancia, los
cuales fueron mi
estímulo constante para
la consecución de mis
metas.*

*A ti José, por brindarme
tu amor, tu constante
aliento, tu apoyo
incondicional, y
enseñarme que todo lo
que se hace con amor,
esfuerzo, perseverancia
y paciencia, se consigue.*

INDICE

	Pag.
Índice de gráficos	iv
Resumen.....	vi
Presentación.....	01
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
A. Planteamiento, delimitación y origen del problema	04
B. Formulación del problema.....	08
C. Justificación.....	08
D. Objetivos.....	09
E. Propósito.....	10
F. Marco teórico	11
F.1. Antecedentes del estudio	11
F.2. Base teórica-conceptual analítica.....	13
G. Hipótesis.....	61
H. Definición operacional de términos.....	61
CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO	
A. Nivel, Tipo y Método de investigación.....	63
B. Descripción de la sede de estudio.....	63
C. Población y muestra.....	64
D. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	65
E. Validez y confiabilidad de instrumento.....	66
F. Plan de Recolección de datos.....	66
G. Plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de Datos.....	67
H. Consideraciones éticas.....	68
CAPÍTULO III Resultados y discusión	
Presentación, análisis e interpretación de datos	69
CAPITULO IV Conclusiones-Recomendaciones-Limitaciones	
Conclusiones.....	88
Recomendaciones.....	90
Limitaciones.....	91

Referencias bibliográficas
Bibliografía
Anexos

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	PAG
a. Operacionalización de La Variable	I
b. Matriz de la Operacionalización de La Variable	IV
c. Formulario	V
d. Fórmula para la Determinación de La Muestra	X
e. Consentimiento Informado	XI
f. Escala de Calificación del Juez Experto	XII
g. Grado de Concordancia entre Los Jueces según Prueba Binomial	XIII
h. Validez del Instrumento	XIV
i. Determinación de La Confiabilidad del Instrumento	XV
j. Edad Promedio de los Adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XVI
k. Grado De Instrucción de los Adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XVII
l. Índice de sobrepeso y obesidad según IMC de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XVIII
m. Índice de perímetro abdominal según sexo en los Adolescentes Del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XIX
n. N° de Comidas al Día que Consumen los Adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XX
o. Consumo de alimentos en los Adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XXI
p. Actividades Sedentarias que realizan a Diario según Sexo en los Adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XXII
q. Realización de Actividades Físicas según Edad en los Adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XXIII
r. Actividades Físicas más Frecuentes según Sexo en los	XXV

s.	Frecuencia de Consumo de Cigarro según Sexo en los Adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XXVI
t.	Frecuencia de Consumo de Alcohol según Sexo en los Adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui	XXIV

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO	PAG.
1. Hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. San Juan de Miraflores enero 2007	70
2. Hábitos alimentarios según sexo de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. San Juan de Miraflores enero 2007	73
3. Hábitos de sedentarismo según sexo en los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. San Juan de Miraflores enero 2007	78
4. Frecuencia de actividad física según sexo en los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. San Juan de Miraflores enero 2007	80
5. Hábitos de consumo de cigarro según sexo en los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. San Juan de Miraflores enero 2007	83

6. Hábitos de consumo de alcohol según sexo en los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. San Juan de Miraflores enero 2007 85

RESUMEN

Los cambios en los hábitos alimentarios, aumento de sedentarismo y el consumo de alcohol y tabaco (los cuales se adquieren generalmente en la adolescencia), han aumentado drásticamente los riesgos de padecer de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las cuales son las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial. Por lo que es importante que el enfermero conozca los hábitos de vida de los adolescentes, lo cual le permitirá desarrollar estrategias de preventivo-promocionales, para disminuir la incidencia de estas enfermedades. El objetivo del presente estudio determinar los hábitos de vida (alimentarios, de sedentarismo, actividad física y de consumo de tabaco y alcohol) de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 142 adolescentes. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Los resultados más importantes de este estudio fueron: el 91.50% del total consume alimentos “no saludables”, el 52.10% son sedentarios, el 20.42% consume cigarro y el 37.32% consume alcohol. Por lo que se concluye que gran parte de los adolescentes tienen hábitos de vida que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras Claves: Hábitos de vida, Adolescente, Enfermedades crónicas no transmisibles.

SUMMARY

The changes in the nourishing habits, increase of sedentarism and the consumption of alcohol and tobacco (which are acquired generally in the adolescence), have increased drastically the risks of suffering of chronic nontransmissible Diseases (ECNT), which is the most important causes of discapacity and premature death at world-wide level. Reason why it is important that the nurse knows the habits life of the adolescents, which will allow to develop strategies him of preventive-promotional, to diminish the incidence of these diseases. The objective of the present study to determine the habits of life (nourishing, of sedentarism, physical activity and of consumption of tobacco and alcohol) of the adolescents of the Slums Jose Carlos the Mariateguis who put them in risk to nontransmissible the chronic diseases. The study is of aplicative level, quantitative type, descriptive method, of cross section. The population was conformed by 142 adolescents. The technique was the interview and the instrument the questionnaire. The most important results of this study were: the 88,73% have “nonhealthful” nourishing habits, the 52,10% are sedentary, the 20,42% consume cigarette and the 37,32% consume alcohol. Reason why one concludes that great part of the adolescents has life habits that put them in risk to nontransmissible the chronic diseases.

Key words: Habits of life, Adolescent, nontransmissible the chronic Diseases.

PRESENTACIÓN

A nivel mundial, y en el Perú, la tendencia actual, es que las tasas de fecundidad, de mortalidad infantil y de mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales sigan descendiendo, mientras que las poblaciones continúan en aumento, lo que ha provocado un envejecimiento de la estructura demográfica de la población, por lo que se ha previsto un aumento en la demanda de salud. Además, se observa que la constante migración hacia zonas urbanas y suburbanas, la industrialización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados, está exponiendo a las personas los cambios en sus hábitos alimentarios, de actividad física y consumo de sustancias nocivas, en respuesta a estos cambios, los cuales están teniendo graves repercusiones en su salud, haciendo que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), vayan en aumento y hayan logrado superar la tasa de mortalidad producidas por las enfermedades transmisibles.

Lo más preocupante de esta situación, es que una cuarta parte de los hombres y mujeres que mueren cada año por estas enfermedades tienen menos de 60 años, y cuatro de cada cinco personas que mueren por ECNT, viven en países de ingresos bajos y medianos, por lo que el paradigma de que las enfermedades crónicas no transmisibles, “solo afecta a las personas ricas”, se ha derrumbado.⁽¹⁾

Las enfermedades crónicas no transmisibles, producen discapacidad, acortan la vida, dejan huérfanos a los niños y tienen un costo para las economías, cifrado en miles de millones de dólares.

Pero estas enfermedades, se pueden prevenir, mediante la adopción de políticas que fomenten una alimentación sana, una constante actividad física, y que desalienten el hábito de consumo de bebidas alcohólicas y el hábito de

fumar, los cuales se deben instaurar en etapas tempranas de la vida, como es la adolescencia.

Por lo que es necesario que el profesional de enfermería, en su quehacer, fomente hábitos de vida saludables en la población, en especial en aquellas poblaciones en riesgo como son los adolescentes, ya que así se puede disminuir la carga de estas enfermedades. Pero para planificar y desarrollar un programa educativo, es necesario conocer las características de la población con la cual se va a trabajar, es decir que hábitos de vida los está poniendo en riesgo a adquirir alguna de estas enfermedades, por lo que es necesario explorar con mayor detenimiento estos hábitos en los adolescentes, ya que como se mencionó antes, es en la adolescencia donde aparecen muchos de estos hábitos nocivos.

El estudio sobre: “Hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles en Enero del 2007” tiene como objetivo general determinar los hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. Con el propósito de brindar información, para que a su vez se incentive al profesional de enfermería y de otras áreas de salud, a desarrollar actividades preventivas de estas enfermedades, fomentando y promocionando la adquisición de hábitos saludables, para mejorar la calidad de vida de las personas.

Esta investigación consta del **Capítulo I:** Planteamiento y delimitación del problema, formulación del problema, justificación, objetivo general y específicos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica-conceptual analítica, hipótesis, operacionalización de las variables y definición operacional de términos; el **Capítulo II:** material y métodos, tipos y nivel de investigación,

descripción de la sede de estudio, población/muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de instrumento, procedimiento, y análisis de datos; el **Capítulo III**: resultados y discusión, presentación, análisis e interpretación de datos; **Capítulo IV**: Conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Finalmente se exponen las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

La población mundial crece vertiginosamente, la esperanza de vida es cada vez mayor y las proyecciones demográficas indican un aumento de la población mayor de 50 años. En efecto mientras que las tasas de fecundidad, de mortalidad infantil y de mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales siguen descendiendo la expectativa de vida al nacer, la migración urbana y el tamaño de las poblaciones continúan en aumento. Por consiguiente, se ha producido un envejecimiento en la estructura demográfica de la población y estamos en un proceso de transición epidemiológica, con una creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) como principales causas de muerte ⁽²⁾. Este término se refiere a un proceso de cambio en las condiciones de salud de la población, en términos de discapacidad, enfermedad y muerte.

Las características principales de este proceso son el desplazamiento de la mortalidad a grupos de edad más avanzada y un cambio en las causas de muerte con un predominio de las enfermedades no transmisibles. Los mecanismos son, principalmente, la aparición de factores de riesgo relacionados con el proceso de desarrollo y urbanización, la disminución de la fecundidad y el mejoramiento de las tasas de letalidad.

Se observa, que la constante migración hacia zonas urbanas y suburbanas, están exponiendo a una proporción creciente de individuos a nuevos riesgos ambientales y, en particular, a cambios en sus hábitos y estilos de vida y aunque la documentación es limitada, hay pruebas de que tales cambios se traducen en incremento de la prevalencia del sedentarismo, tabaquismo, el consumo de alcohol excesivo y sobre todo, en cambios importantes de los hábitos alimentarios⁽³⁾.

Esto está teniendo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, sobre todo en los países en desarrollo y en los países en transición. Debido a estos cambios en los hábitos alimentarios y el modo de vida, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) , incluidas la obesidad, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la osteoporosis y los accidentes cerebro vasculares y algunos tipos de cáncer, son las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en los países tanto en desarrollo como recién desarrollados y suponen una carga adicional para unos presupuestos sanitarios nacionales ya sobrecargados⁽¹⁾.

Los antecedentes expuestos permiten afirmar que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) del adulto constituyen en la actualidad el problema de salud más preponderante a nivel mundial ya sea, que se les exprese en términos de mortalidad, de morbilidad, de invalidez, de la pérdida de productividad o el deterioro de la calidad de vida. En el 2005, más de la

mitad de las defunciones que se produjeron en el mundo— alrededor de 35 millones de un total de 58 millones - se deben a las enfermedades crónicas ⁽¹⁾. Casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares. La obesidad y la diabetes también están mostrando tendencias preocupantes, no sólo porque afectan ya a una gran parte de la población sino también porque han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida ⁽⁵⁾.

Según la definición del Center for Disease Control de Atlanta, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son "de etiología incierta, habitualmente multifactoriales, con largos períodos de incubación o latencia, largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo". A esto debemos agregar: "de etiología transmisible no demostrada fehacientemente (salvo algunos cánceres), y de gran impacto en la población adulta"⁽⁵⁾.

El problema de las ECNT está lejos de limitarse a las regiones desarrolladas del mundo. Contrariamente a creencias muy difundidas, los países en desarrollo sufren de problemas cada vez más graves de salud pública generados por estas enfermedades. Por lo que se ha previsto que para el 2020 las enfermedades crónicas representarán casi las tres cuartas partes del total de defunciones a nivel mundial y el 60% de la carga de enfermedades crónicas corresponderá a los países en desarrollo ⁽¹⁾.

El Perú no está ajeno a esta realidad, en la última década se han producido importantes cambios en los perfiles de mortalidad y morbilidad. La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en el país está superando a la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, constituyéndose como causas principales de muerte y morbilidad en población adulta y adulta mayor enfermedades tales como: la enfermedad coronaria, el

accidente cerebro vascular (ACV), la hipertensión arterial (HTA), las neoplasias malignas y la diabetes mellitus (DM) ⁽⁶⁾.

Los análisis de la distribución de la morbilidad y mortalidad según grupos de edad señalan que la incidencia de las ECNT son proporcionalmente muy bajas durante la adolescencia. Sin embargo, los periodos de la adolescencia y de la juventud están afectados por numerosos riesgos y hábitos nocivos que aparecen en etapas tempranas de la vida, y tiene una importancia decisiva en la génesis de la morbilidad y mortalidad del adulto y del anciano, pues esta situación tiene por consecuencia la aparición, cada vez más temprana de estas enfermedades. Lo realmente preocupante de esta expresión temprana de las enfermedades crónicas no transmisibles, además del hecho de que aparecen cada vez más precozmente, es que una vez que se presentan tienden a persistir en el individuo afectado a lo largo de toda la vida.

Las enfermedades crónicas son en gran medida enfermedades prevenibles; mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables, los hábitos de vida (régimen alimentario, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol) pueden modificarse, especialmente si estos se trabajan desde la niñez y adolescencia ⁽⁷⁾.

Pero para planificar y desarrollar un programa educativo, es necesario conocer las características de la población en riesgo, es decir que hábitos de vida los está poniendo en riesgo a adquirir alguna de estas enfermedades, por eso es necesario explorar con mayor detenimiento estos hábitos en los adolescentes, ya que como se mencionó antes, es en esta etapa donde aparecen muchos de estos hábitos nocivos. Además, en diferentes circunstancias he observado a los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui con un aparente sobrepeso, y al dialogar con algunos de ellos refieren: “A mi me gusta la gaseosa, el agua me da náuseas” “Me da flojera salir a correr,... no tengo tiempo” “Yo bebo cerveza en las fiestas de mis

amigos porque ellos también toman”; por otro lado al entrevistar a los padres de familia refieren: “Mis hijos consumen muchas golosinas, pero no comen la comida” “...ven demasiada televisión” “Hay chicos que viven por aquí y ya consumen cerveza y fuman”. Por consiguiente al tener el problema planteado, se realiza la siguiente pregunta ¿Cuáles son los hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los ponen en riesgo a las ECNT en Enero del 2007?, esta interrogante pretende satisfacer la necesidad de conocer los hábitos de vida de los adolescentes que los ponen en riesgo de adquirir alguna enfermedad crónica no transmisible en un futuro.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente se ha creído conveniente realizar el siguiente estudio de investigación titulado: ¿Cuáles son los hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles en Enero del 2007?

C. JUSTIFICACIÓN

Los estudios en nuestro país sobre el tema no se evidencian, por lo que no se tiene mayor información sobre los hábitos de vida de los adolescentes que pueden constituir factores de riesgo, y están involucrados en la génesis y progresión de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Ante esta situación el profesional de enfermería en su rol preventivo – promocional, requiere identificar los hábitos de vida de esta población, lo cual debiera ser un requisito previo al diseño e implantación de los programas

educativos de salud para los adolescentes y una herramienta imprescindible para la evaluación y adecuación de los programas ya existentes.

Ya que en la actualidad, el sistema de actividades preventivas en el adolescente, se enfoca con mayor preponderancia en el aspecto de su sexualidad y la transmisión de enfermedades por vía sexual, la cual, es la problemática principal del adolescente, aunque no es la única, ya que la adquisición de hábitos nocivos, se dan en gran magnitud en esta etapa, lo cual generaría al país, un mayor gasto público, porque estos adolescentes se convertirían en adultos enfermos y no se podría hablar de desarrollo en nuestro país, ya que un adolescente que adquiere hábitos nocivos, es un adulto con mayor riesgo de enfermar y morir con prontitud.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

Objetivo General

- ❖ Determinar los hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles en Enero del 2007.

Objetivos Específicos

- Identificar los hábitos alimentarios de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles en Enero del 2007.

- Identificar los hábitos de consumo de tabaco en los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles en Enero del 2007.
- Identificar los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles en Enero del 2007.
- Identificar los hábitos de sedentarismo y de actividad física de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui que los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles en Enero del 2007

E. PROPÓSITO

Los hallazgos del presente estudio están orientados a brindar información sobre los hábitos de vida de los adolescentes que los predispone a las enfermedades crónicas no transmisibles, a los estudiantes y profesionales de enfermería y de otras áreas de salud, con el fin de motivarlos a diseñar, implementar y ejecutar programas educativos sobre promoción de hábitos saludables y prevención de estas enfermedades orientados a la población, para así poder mejorar la calidad de vida de la población , y por consiguiente la disminución en la incidencia de estas patologías.

F. MARCO TEÓRICO

F.1 Antecedentes

A continuación se presentan algunos estudios relacionados con el tema. Se tiene:

Peter Mc Coll et al, en su estudio de investigación titulado **“Prevalencia de factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso”** realizado en Chile en el año 1999, cuyo objetivo fue el de cuantificar la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina, el tipo de estudio fue prospectivo, descriptivo, de corte transversal. La muestra la constituyeron 242 alumnos que conformaron el universo de estudiantes de 1° a 5° año de la carrera de medicina, a los cuales se les realizó la medición de talla y peso, y se les aplicó un cuestionario para cuantificar el hábito de fumar y la actividad física, concluyendo

“que la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles estudiados era alta, entre los que se destaca la alta incidencia de sobrepeso y obesidad, en la población”⁽⁸⁾.

Pizarro, C. et al, en el año 1997, en España, realizaron un estudio titulado **“Hábitos de vida en una población escolar de Mataró (España) asociado al número de veces diarias que ve televisión y al consumo de azúcares”**, plantean como objetivo el realizar un análisis descriptivo de los hábitos alimenticios y las condiciones de vida asociados al consumo elevado de azúcares y de tiempo de visionado de televisión en los escolares de la ciudad

mencionada, el tipo de estudio fue prospectivo, descriptivo, donde la muestra de estudio estuvo comprendida por 2898 escolares de Mataró, cuyas edades fluctuaban entre los 6 y 3 años de edad, a quienes se les aplicó un cuestionario que contenía 95 ítems, en tres bloques, 71 sobre hábitos dietéticos, 14 de hábitos de salud y 10 sobre características socioeconómicas de la familia. A la conclusión que llegan es:

“que 61% de los niños son grandes consumidores de televisión, lo cual se asocia con el consumo elevado de azúcares, golosinas y refrescos, los cuales pueden constituir factores de riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades crónicas no transmisibles, como la obesidad y enfermedades cardiovasculares, entre otros” ⁽⁹⁾.

Castillo Germán, Gabriel et al, en su investigación titulada **“Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle”** realizada en Cali, Colombia en el año 2002, el cual tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. El estudio fue descriptivo. La muestra la constituyó un total de estudiantes que cursaron el curso de nutrición entre 1996-2002 y diligenciaron correctamente el formato en el cual se consignaron datos sobre estilos de vida, antecedentes personales y familiares. Los estudiantes además se tomaron medidas de talla, peso, pliegues cutáneos y circunferencias (brazo, cintura, cadera); previa instrucción sobre las técnicas de medición y uso de instrumentos, para derivar indicadores de masa y composición corporal. Una de las conclusiones a la que llegaron fue

“Que el grupo de estudiantes se encuentra expuesto a varios factores de riesgo que aumentan la

predisposición de enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, diabetes, obesidad) a pesar de que serán los futuros profesionales de la salud encargados de la prevención y manejo de este tipo de alteraciones”⁽¹⁰⁾.

Por lo expuesto se puede evidenciar que existen estudios acerca de factores de riesgo y hábitos de vida que predisponen a las enfermedades crónicas no transmisibles en otros países, pero no se evidencia este tipo de investigaciones en la población de nuestro país.

F. 2. Base Teórica - Conceptual

En cuanto al marco teórico, que dará sustento a los hallazgos de este estudio se tiene:

1. DEFINICIÓN DE HÁBITOS DE VIDA

Se define al hábito como una disposición permanente, adquirida, para ser o para actuar. Esto significa que el hábito es una adquisición individual obtenida mediante un aprendizaje. Cada individuo forma sus hábitos con sus propias experiencias acumuladas.

Al respecto, William James define a los hábitos como “acciones que se presentan como respuestas, aparentemente automáticas, a una experiencia dada, las cuales forman parte de nuestra vida diaria. Estas se pueden crear, modificar o eliminar bajo una dirección consciente”⁽¹¹⁾ según el autor, el hábito es la realización de actividades en respuesta a una experiencia previa, es decir,

un aprendizaje previo, los cuales son factibles de modificar o eliminar si la persona lo decide y están inmersas en nuestra vida diaria.

Aristóteles muestra en “Ética a Nicómaco”, que un hábito aparece no por naturaleza sino como consecuencia del aprendizaje, y más exactamente de la práctica o repetición ⁽¹²⁾. La práctica o repetición de una acción genera en nosotros una disposición permanente o hábito la que nos permite de forma casi natural la realización de una tarea cotidiana.

Según Hume el hábito es la “disposición que se crea en nuestra mente a partir de la experiencia reiterada de algo,... se producen por la repetición de un acto, repetición que produce una disposición para renovar el mismo acto ⁽¹¹⁾, para el autor el hábito nace por la repetición de una acción que está inmersa en nuestra mente.

2. HÁBITOS ALIMENTARIOS

La dieta y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades no transmisibles crónicas, y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención.

Los hábitos alimentarios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradición, los cuales están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria ⁽¹³⁾. Los factores que condicionan los hábitos alimentarios son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático. Dichos factores evolucionan a lo largo de los años y constituyen la respuesta a los nuevos estilos de vida, a los nuevos productos a consumir, a las comidas

rápidas (fase food), etc. y se relacionan muy directamente con el aumento de los recursos y con el contacto entre gentes de culturas alimentarias distintas.

La adolescencia es la única etapa de la vida extrauterina en la que aumenta la velocidad de crecimiento y esta ejerce una influencia importante en los requerimientos de nutrimentos. Es decir, los adolescentes tienen necesidades nutricionales especiales, debido al crecimiento rápido (masa corporal, masa magra, masa adiposa, mineralización) y a los cambios madurativos que tienen lugar al comienzo de la pubertad. Estas modificaciones explican el aumento de las necesidades nutricionales de energía, proteínas y de la mayoría de las micro nutrientes.

La conducta y los hábitos alimentarios del niño se adquieren de forma gradual desde la primera infancia, en un proceso en el que el chico aumenta el control e independencia frente a sus padres hasta llegar a la adolescencia. En este momento, en el que se concluye, también, la maduración psicológica, se establecen patrones de conducta individualizados marcados por el aprendizaje previo, aunque muy influidos por el ambiente, sobre todo por el grupo de amigos y los mensajes de la sociedad en general ⁽¹⁴⁾.

Es frecuente que los adolescentes omitan comidas, siendo el desayuno y el almuerzo, las comidas que con más frecuencia se pasan por alto; es frecuente además que consuman gran cantidad de bocadillos, que coman más veces fuera de sus hogares y consuman refrigerios, sobre todo gaseosas, caramelos y comidas rápidas o grasas. Que muestren preocupación por una alimentación sana y natural, y sin embargo exhiban hábitos absurdos o erráticos, que tengan un ideal de delgadez excesivo, que manifiesten total despreocupación por hábitos saludables, consumiendo alcohol, tabaco u otras drogas, y no realizando ejercicio físico ⁽¹⁴⁾. Por lo que se observa actualmente que los

adolescentes tienen hábitos alimentarios no saludables, lo que los hace más susceptibles a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los objetivos nutricionales en la adecuada alimentación del adolescente son conseguir un crecimiento adecuado, evitar los déficits de nutrientes específicos y consolidar hábitos alimentarios saludables que permitan prevenir los problemas de salud de épocas posteriores de la vida que están influidos por la dieta, como son hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial, cáncer, obesidad y osteoporosis ⁽¹⁵⁾.

La distribución calórica de la ingesta debe mantener una proporción correcta de principios inmediatos: 10-15% del valor calórico total en forma de proteínas, 50-60% en forma de hidratos de carbono y 30-35% como grasa.

Las necesidades de proteínas están influidas por el aporte energético y de otros nutrientes, y la calidad de la proteína ingerida. Las proteínas deben aportar entre un 10% y un 15% de las calorías de la dieta y contener suficiente cantidad de aquellas de alto valor biológico.

Los carbohidratos deben de representar entre el 55% y el 60% del aporte calórico total, preferentemente en forma de hidratos de carbono complejos que constituyen, también, una importante fuente de fibra. Los hidratos de carbono simples no deben de constituir más del 10-12 % de la ingesta.

Las recomendaciones de las grasas en la adolescencia son similares a las de otras edades y su objetivo es la prevención de la enfermedad cardiovascular. El aporte de energía procedente de las grasas debe ser del 30-35% del total diario, dependiendo la cifra máxima de la distribución de los tipos de grasa, siendo la ideal aquella en que el aporte de grasas saturadas

suponga menos del 10% de las calorías totales, los ácidos monoinsaturados, el 10-20% y los poliinsaturados, el 7-10%. La ingesta de colesterol será inferior a 300 mg/día

En resumen, las recomendaciones acerca de la ingesta de nutrientes en la adolescencia, según distintas fuentes, acentúan lo siguiente: mayor consumo de alimentos ricos en calcio y hierro, en particular para las adolescentes; restricción de los alimentos con alto contenido de azúcares simples, menor consumo de alimentos con carbohidratos complejos que pudieran retenerse en la boca y contribuir a las caries dentales, limitación del consumo de grasa a menos de 30% del aporte de energía, con menos de 10% de ingesta de grasas saturadas y menos de 300 mg de colesterol; restricción de consumo de sal a menos de 6 gr/día y una ingesta diaria proteica entre 0.8 – 1.0 g/Kg. de peso /día⁽¹⁶⁾.

Por lo que, una alimentación equilibrada o "saludable" es aquella que permite al individuo el mantenimiento de un óptimo estado de salud, a la vez que le permite el ejercicio de las diferentes actividades que conlleva cada tipo de trabajo ⁽¹⁷⁾.

Las claves para una alimentación saludable son: variedad, equilibrio y moderación. La buena alimentación debería formar parte de un modo de vida saludable general que incluya también la actividad física regular.

La alimentación equilibrada debe apoyarse en 3 normas:

- La ración alimentaria debe aportar diariamente la cantidad de energía necesaria para el buen funcionamiento del organismo.
- Debe aportar los nutrientes energéticos y no energéticos que permitan cubrir adecuadamente la función de nutrición.
- Los aportes nutricionales deben ingerirse en proporciones adecuadas.

Los diferentes alimentos, que se agrupan según su aporte nutritivo característico, deben consumirse en una cantidad determinada a lo largo de la semana, para conseguir una dieta equilibrada.

Consideramos que una "ración alimentaria" es la cantidad de ese alimento que habitualmente suele consumirse. Para conseguir una alimentación equilibrada cualitativamente, hay que tomar un determinado número de raciones de cada grupo de alimentos, así, de esta forma se consigue el llamado equilibrio cualitativo de la dieta, que es suficiente para una población sana ⁽¹⁸⁾.

Raciones de los alimentos en una dieta equilibrada durante la adolescencia

Alimentos	Edad de los adolescentes	
	10–12 años	13-19
Leche (1/4 litro)*	2 a 4 raciones al día	Tres o cuatro al día
Carne, pollo, vísceras	Tres raciones por semana	Tres raciones por semana
Pescado	Cuatro raciones por semana	Cuatro raciones por semana
Huevos (60-70 gr.)	Tres a cuatro veces por semana	Tres a cuatro veces por semana
Tubérculos	Todos los días (150gr.)	Todos los días (250gr)
Frutas	2 a 4 raciones por día	2 a 4 raciones por día
Verduras	3 a 4 raciones por día	3 a 4 raciones por día
Pan	Diaria, max. 3 raciones	Diaria, max. 3 raciones
Cereales (arroz) y menestras	Dos o tres raciones por semana	Dos o tres raciones por semana
Fideos	Dos raciones por semana	Dos raciones por semana
Golosinas, comida rápida, gaseosas y jugos envasados.	Consumo infrecuente	Consumo infrecuente

*1/4 de litro de leche se sustituye por 40 gramos de queso, es decir una ración.

Fuente: Nutrición Saludable y Prevención de Trastornos alimentarios España - 2003

Por otro lado, la OMS plantea como estrategia mundial en el régimen alimentario para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles lo siguiente: el consumo de al menos 5 porciones diarias de frutas y verduras, que en los ambientes escolares y el hogar apoyen la selección de alimentos saludables; restringir el consumo de bebidas gaseosas, y de alimentos no saludables, promover la lactancia materna; evitar añadir azúcar a las fórmulas lácteas, éstos dos últimos para prevenir la obesidad en los niños⁽¹⁹⁾.

En la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles es importante introducir los siguientes hábitos alimentarios saludables:

- Acostumbrar al agua como bebida, en lugar de zumos artificiales y refrescos dulces (un refresco o cola equivale a tomar 4 o 5 cucharadas de azúcar.)
- Realizar alguna de las comidas en familia. Comer despacio y sin distracciones (TV, video-juegos).
- Cuando se coma fuera de casa, evitar los sitios/lugares de "comida rápida/comida basura".
- Moderar el consumo de carne en los adolescentes, especialmente las procesadas y embutidos.
- Reducir el consumo de sal, utilizar al ser posible sal yodada. Muchos elementos enlatados y snack (patatas fritas, frutos secos...) contienen cantidades elevadas de sal.
- Promover el consumo de frutas, verduras: 5 raciones al día.
- Incrementar el consumo de pescado: 4 raciones semanales.
- Reducir/evitar el abuso de dulces, golosinas y refrescos. Se deben consumir con mucha moderación, sólo ocasionalmente.
- Es conveniente que el adolescente realice entre 4 ó 5 comidas: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena. Para las entrecomidas es conveniente

preparar en casa pequeños bocadillos como sándwiches naturales, frutas y lácteos (yogur, vaso de leche).

- Evitar "el picoteo", sobre todo si se trata de alimentos ricos en azúcares y grasas (golosinas, bollería, patatas fritas...).
- La dieta equilibrada deberá repartir las calorías a lo largo del día de la siguiente manera: desayuno 25%, comida 30- 40%, merienda 10-15% y cena 20-30%.
- Los alimentos de elevado contenido graso como salchichas, hamburguesas, pizzas, helados, deben comerse con moderación, sólo ocasionalmente.
- Se deben vigilar los excesos para no llegar ni al sobrepeso ni a la obesidad.
- Cocinar sano: reducir los fritos e incrementar los alimentos cocinados a la plancha, hervidos o asados. Evita condimentar los platos con salsas industriales. Los niños y adolescentes no deben consumir bebidas alcohólicas.
- La leche y los productos lácteos deben estar presentes en la dieta diariamente: se recomienda 3 ó 4 raciones diarias. Entre 800-1300 mg de calcio diario lo que equivale a 3/4 litros de leche ó 1/2 y 2 yogures.
- Carnes, pescados y huevos:
Huevos: No más de 1 al día y de 3-4 a la semana.
Pescados: Cocinarlos en forma de filete rebozado, vapor, horno o salsa verde, albóndigas de pescado. Se recomienda 4 raciones a la semana.
Carne: Son preferibles las carnes magras, sin grasa. Se recomienda 3 raciones a la semana.
- Pan, cereales, patatas, pasta y arroz: Se recomienda 5 raciones diarias, mejor si son integrales.

En efecto, la adquisición de hábitos alimentarios saludables en la adolescencia son importantes, ya que contribuyen con el adecuado crecimiento y desarrollo del adolescente y ayudan a prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que la OMS, plantea además que a parte de un consumo

adecuado de nutrientes, se debe introducir a la dieta el consumo de alimentos saludables y la disminución del consumo de alimentos no saludables ⁽²⁰⁾.

Consumo de Alimentos Saludables

Los alimentos saludables, son aquellos alimentos cuya ingestión no produce efectos negativos sobre la salud, por el contrario son capaces de provocar un impacto positivo sobre la salud de las personas que los consumen, al margen de contribuir al aporte dietético de nutrientes, además favorecen algún componente con una actividad positivamente favorable en el ámbito de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Entre estos alimentos hay cuatro muy importantes en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles ⁽²¹⁾.

a. Consumo de lácteos

La masa ósea puede llegar a su máximo nivel durante la niñez y la adolescencia si se incrementa la ingesta de calcio, el valor de la ingesta adecuada de este mineral es de 1300 mg por día entre los 9 y 18 años, y de 1000 mg por día entre los 19 y 50 años tanto para hombres como para mujeres ⁽²²⁾. Este mineral se encuentra en mayor cantidad en los lácteos y derivados, por lo que se recomienda un consumo de 2 a 4 raciones diarias.

b. Consumo de Frutas y Verduras

Las verduras constituyen un grupo de alimentos, muy diverso pero con una serie de características nutricionales comunes. Son alimentos de bajo contenido energético (entre 12-60 Kcal. /100gr. la mayoría), ya que entre un 60% y un 90% (o más) de su composición es agua. Su contenido en hidratos de carbono (almidón) oscila entre el 3% y el 10%, el de proteínas se encuentra entre el 1% y el 3%, y el de lípidos es inferior al 1%. Aportan una cantidad significativa de fibra alimentaria, entre 1 al 4%.

Las frutas tienen una composición y valor nutritivo similar al de las verduras. La característica diferencial más importante es que las frutas presentan mayor contenido en azúcares simples y en general, un menor contenido en fibra, la cual se localiza principalmente en la piel.

El consumo de frutas y verduras es fundamental para garantizar una dieta diversificada y nutritiva. Actualmente, sólo una reducida minoría de la población mundial consume las grandes cantidades medias recomendadas de frutas y verduras.

Según la OMS, el consumo de por lo menos 5 raciones de verduras y frutas al día, proporcionan contenidos en vitaminas, fibra dietética, antioxidantes y compuestos fotoquímicos, los cuales tienen efecto reductor del riesgo frente al desarrollo de cánceres, obesidad, diabetes y de enfermedades coronarias ⁽²³⁾.

c. Consumo de Pescado

La manera más saludable y económica para asegurar una ingesta suficiente de grasas Omega-3 es incluir en la dieta habitual al pescado. El análisis demostró que cien gramos de salmón fresco proporcionaban 5.175 mg de grasas EPA y DHA (los Omega-3 que protegen contra las enfermedades, las cardiovasculares entre otras), en el bonito la aportación es de 2.326 mg y en la trucha, 1.473 mg ⁽²⁴⁾.

Los Omega-3 se encuentran de forma natural y abundante en los pescados, en especial en los pescados azules (atún, bonito, trucha, sardinas, anchoveta y salmón). Son ácidos grasos poliinsaturados esenciales, el organismo no puede producirlos y deben ser suministrados con la dieta.

Por lo que se recomienda que el consumo de pescado sea de tres veces por semana, para prevenir enfermedades crónicas como: enfermedades cardiovasculares.

d. Consumo de Agua

En relación al consumo de agua, el Director Ejecutivo de Vigilancia Alimentario y Nutricional del INS, Lic. José Sánchez, puntualizó que el agua ayuda a eliminar todo tipo de toxinas del organismo. Además el agua contiene minerales que benefician la salud ⁽²⁵⁾.

Sin embargo, se sugiere tomar agua y no gaseosas porque estas últimas, como bebida azucarada, contienen calorías vacías que generan, a corto plazo, el incremento de peso en quien la consume.

Por lo que la ingesta diaria mínima de 2 litros de agua, disminuye la incidencia de sobrepeso y obesidad, ya que se ha observado que su consumo, disminuye la ansiedad por comer ⁽²⁶⁾.

2.2 Consumo de Alimentos “No Saludables”

Los alimentos “no saludables” son aquellos alimentos que producen un daño en el organismo y los predispone a enfermedades crónicas, si se consumen en exceso, además su contenido energético es alto, pero su contenido nutritivo es bajo o nulo. Entre estos alimentos tenemos, las golosinas, los postres, las gaseosas, los jugos de fruta envasados, y la comida rápida ⁽²⁶⁾.

a. Golosinas

Se entiende por golosinas y postres aquellos alimentos industriales o caseros, nutricionalmente desbalanceados y con un alto contenido de hidratos de carbono, grasas o sal. Estos productos incrementan la densidad

energética y la proporción de energía proveniente de la grasa e hidratos de carbono, mientras que son deficientes en otros nutrientes, esto ocurre, al ser las materias primas utilizadas muy refinadas y su riqueza vitamínica casi nula por los tratamientos térmicos a los que se someten. Sin embargo su valor calórico puede llegar a alcanzar 400 – 500 Kcal. por 100 gr. de producto, por eso, son los alimentos que se deben controlar en la dieta habitual ya que su abuso produciría una ganancia de peso con un aporte nulo de nutrientes, dando como resultado una incorrecta alimentación, riesgo al sobrepeso y obesidad ⁽²⁷⁾.

b. Gaseosas y Jugos de Fruta Envasados

Forma parte del estilo de vida de los adolescentes, el consumo frecuente de bebidas de colas (gaseosas), jugos envasados, como los zumos de fruta, los cuales suelen ocupar el lugar de la leche y el consumo de agua, y por tanto, modifican sensiblemente la calidad de la dieta.

Estas bebidas tienen un contenido elevado de azúcares los cuales son fermentables que contribuyen al desarrollo de la obesidad, además su valor nutricional es casi nulo. Todas las personas que beben gaseosas de manera regular tienen mayor riesgo de osteoporosis, ya que el ácido fosfórico que contienen dichas bebidas inciden en la pérdida del hueso, ya que actúan sobre el calcio. Los altos niveles de ácido fosfórico pueden producir cambios en la secreción de una hormona que regula el metabolismo óseo y que podría aumentar la pérdida de hueso ⁽¹⁶⁾.

c. Comida Rápida (Fast Food)

La "comida rápida" se refiere a alimentos expendidos por empresas comerciales, semilistos para consumir, bajo formas de preparación estándares y basados en ingredientes como hamburguesas, pollo, pescado, pizza, sándwich etc. Las "comidas de preparación rápida" (fast food) suelen

tener alto valor calórico, junto con una adecuada proporción de proteínas de buena calidad, pero con exceso de grasa y sodio, por lo que su alto consumo aumenta el riesgo de la obesidad, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. La densidad en algunos micronutrientes es baja, en especial, calcio y vitaminas A, B2 y C ⁽¹³⁾.

3. HÁBITOS DE CONSUMO DE TABACO

El tabaco es el vehículo natural para la administración de nicotina, una droga astuta que calma brevemente los nervios y mitiga el cansancio y que en algunos lugares se ha convertido en un símbolo de elegancia y sofisticación. La nicotina produce en el organismo un deseo vehemente de recibir más. La necesidad química por la nicotina de los grandes fumadores rápidamente ocasiona que los que intentan dejar de fumar tengan muchas recaídas.

Al fumar, los carcinógenos del tabaco se convierten en aerosoles. El humo, que contiene monóxido de carbono, hidrocarburos, gases calientes y diminutas partículas de ceniza, pasa al aparato respiratorio y se deposita en los pulmones. Desde allí, las porciones solubles, entre ellas la nicotina y sus metabolitos y el monóxido de carbono, pasan a la sangre que lo transporta al resto del organismo.

Los efectos orgánicos a distancia del humo del tabaco se demuestran por las mayores tasas de cáncer de vejiga y de cuello uterino, cánceres en todos los órganos respiratorios y en algunos cánceres digestivos. La recuperación de un metabolito de la nicotina (la cotinina) en las secreciones vaginales, la lesión de las arterias periféricas de las manos y pies y los numerosos efectos sobre los fetos de las mujeres embarazadas fumadoras son así mismo datos que indican lo lejos que puede llegar esta patología ⁽⁴⁾.

La lista de enfermedades relacionadas con el tabaco es larga, pero esta información rara vez llega a los adolescentes, porque las enfermedades realmente graves no aparecen de manera inmediata y ni siquiera en un plazo de 5 a 10 años. El periodo de latencia es largo, de 20 a 40 años, y la mayoría de adolescentes viven para el hoy, a lo mucho, para el mes próximo y no se paran a considerar su futuro lejano ⁽²⁸⁾.

Los informes de la OMS indican que tres de cada cinco jóvenes que prueban el tabaco se volverán fumadores cotidianos adictos a la nicotina al llegar a la edad adulta, de los cuales la mitad de ellos tendrá una muerte prematura ⁽²⁸⁾.

La pandemia del tabaquismo ha llegado a las áreas que se encuentran en las primeras fases de la industrialización. Al comienzo del siglo XX, casi un 70% de los hombres en China fuman, las cifras en Europa y América Latina oscilan alrededor de 50 % en los hombres. En Estados Unidos, Gran Bretaña, Suiza, las cifras de fumadores han disminuido ⁽⁴⁾. En la mayoría de las regiones, la prevalencia del tabaquismo es menor en las mujeres, sobre todo en zonas de cultura tradicional. Sin embargo, en algunas áreas urbanas, en los adolescentes la proporción es mayor en las mujeres que en los hombres, sobre todo cuando la publicidad le confiere al hábito un aura de sofisticación moderna.

En nuestro país, a partir de los 12 años la probabilidad de iniciar el consumo de una droga legal aumenta drásticamente llegando a consumir tabaco casi la mitad del grupo de 17 a 19 años ⁽²⁹⁾.

En el “Estudio Epidemiológico sobre el Consumo de Drogas en la Población Escolar de Secundarias de Menores” en el 2002 realizada por el

Ministerio de Educación, DEVIDA y CEDRO concluyen que el tabaco es la segunda droga más consumida por la población peruana, donde el 52.7% la población de escolares de secundaria ha consumido tabaco alguna vez en su vida, siendo los varones los que presentan una mayor prevalencia del consumo de tabaco ⁽³⁰⁾.

Además de estos datos, la investigación ha demostrado que los jóvenes que optan por no fumar antes de los 20 años posiblemente no comenzarán a hacerlo cuando sean adultos ⁽³¹⁾.

4. HÁBITOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol produce sobre el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante; además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados conduce a carencias en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, lo cual complica la situación. Los casos avanzados requieren hospitalización. Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras de estómago y de duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en los sistemas nerviosos central y periférico.

En el Perú el consumo del alcohol es creciente, según el Análisis de la Situación del Perú en el 2002, afirma que las tres cuartas partes del total del grupo de adolescentes entre los 17 y 19 años ya consumen alcohol y la edad promedio de iniciación de este hábito es a los 12 años ⁽²⁹⁾.

Lo más importante de esta información, es que muchos alcohólicos crónicos adultos iniciaron estos hábitos en la adolescencia.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal que se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol. Es producida por la ingestión excesiva de alcohol étílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos) ⁽³²⁾. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos.

Es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La química del alcohol le permite afectar casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo las que se encuentran en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables; después de la exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve dependiente a ellos.

El informe mundial de la salud muestra que existe una relación entre el volumen medio de alcohol consumido y más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos. En la mayoría de los casos esa relación de causa y efecto es perjudicial, pero se han documentado algunos beneficios en caso de cardiopatías y diabetes. Se ha estimado que el alcohol causa a nivel mundial aproximadamente entre un 20% y 30% de daños a la salud como: cáncer de esófago, cáncer de hígado, cirrosis hepática, homicidio, epilepsia y accidentes de tráfico. De estos problemas entre el 50% y 75% se presentan en hombres ⁽⁴⁾.

5. HÁBITOS DE SEDENTARISMO Y DE ACTIVIDAD FÍSICA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el sedentarismo es uno de los factores de riesgo más importantes de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles, junto con la alimentación inadecuada y el tabaquismo ⁽⁷⁾.

El sedentarismo, ha sido considerado en los últimos años como uno de los problemas de salud pública más importantes y prevalentes. Se considera a una persona sedentaria, cuando realiza menos de 30 minutos de actividad física tres veces por semana ⁽³³⁾.

En el último decenio, con el desarrollo tecnológico u mecánico, se han reducido progresivamente los niveles cotidianos de actividad física de las personas, apareciendo una nueva conducta denominada sedentarismo. En los Estados Unidos, según los datos sobre sedentarismo divulgados en 2003 por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la prevalencia de de inactividad física entre 2000 y 2001 fue de alrededor de 27% ⁽¹⁶⁾. La contribución del sedentarismo a la mortalidad total, es elevada, estimándose en Estados Unidos, que la inactividad física ocasiona 250 000 muertes al año (alrededor de un 12% del total) ⁽³³⁾.

Algunos estudios indican que la falta de actividad física incrementa también el riesgo de cáncer de próstata, pulmón y mama, y la depresión clínica. Además, un buen grado de actividad física ayuda a rehabilitar a los pacientes con enfermedades cardiovasculares y otras crónicas ⁽³⁴⁾.

En América Latina y el Caribe no se cuenta con suficiente información acerca del sedentarismo y sus causas. Como se puede apreciar el sedentarismo es una de las causas principales tanto del aumento de la prevalencia de estas

enfermedades como del sobrepeso, el cual se considera como uno de los cinco factores de riesgo más importantes para la salud.

Algunos de los estudios analizados por Coby et al. en el Brasil, Chile y Perú afirman claramente que más de dos tercios de la población de estos países no cumple las recomendaciones de frecuencia de actividad física necesaria para obtener beneficios para su salud ⁽¹⁶⁾.

La actividad es un importante determinante del peso corporal. Hay pruebas convincentes de que la actividad física regular protege contra un aumento de peso perjudicial, mientras que los modelos de vida sedentarios y el ocio inactivo, como ver televisión, lo favorecen. La mayoría de los estudios epidemiológicos muestran un menor riesgo de aumento de peso, sobrepeso y obesidad entre las personas que en ese momento realizan regularmente ejercicio físico de intensidad moderada a alta. Las personas que mantienen un estilo de vida físicamente activa presentan menores tasas de mortalidad que sus pares sedentarios y una mayor longevidad. Además, las personas que en cualquier momento de su vida abandonan su hábito sedentario para pasar a otro más activo físicamente o aumenta su forma física, reducen significativamente sus tasas de mortalidad.

Así pues, es la actividad física permanente por sí misma, más que la actividad física infrecuente, lo que protege contra un aumento de peso perjudicial para la salud. En este sentido, se recomienda practicar 30 minutos diarios de actividad física moderada —como caminar, bailar, subir escaleras o montar bicicleta— por lo menos cinco veces a la semana. Según esta recomendación, los 30 minutos de este tipo de actividad no necesitan realizarse en una sola sesión, pues pueden acumularse durante el día en tandas de 10 minutos cada una ⁽²³⁾.

Los datos epidemiológicos prueban que la actividad física desempeña un papel importante en la prevención, control, tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la obesidad en adultos, niños y adolescentes, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la osteoporosis, la fractura de cadera y el cáncer ⁽¹⁶⁾.

Por otro lado, se ha sugerido que los niños y adolescentes que practican actividades físicas habitualmente es más probable que sean adultos activos y que existe una cierta tendencia a mantener la actividad física desde la infancia hasta la adolescencia y la vida adulta.

La actividad física ha sido asociada positivamente con efectos en los siguientes aspectos:

- **Fisiológicos/ biológicos:** Control y pérdida de peso y la grasa corporal, preservación de la masa magra y muscular, control de la presión arterial, mejoramiento del perfil de lípidos en la sangre, control de la glicemia, aumento de la capacidad cardiovascular y respiratoria, y manutención o menor pérdida de masa ósea o ambas cosas.
- **Psicosociales:** Aumento de la autoestima y la autoimagen, disminución de la depresión, el estrés y el insomnio, reducción del consumo de medicamentos y mayor socialización.
- **Cognitivos:** Mejores resultados en las pruebas de atención, memoria, tiempo de reacción y desempeño cognitivo global, así como menor riesgo de enfermedad de Parkinson, demencia senil y enfermedad de Alzheimer.
- **Empresa:** Reducción de la rotación de la mano de obra, mejoramiento de la imagen institucional, disminución de los costos de atención médica, del ausentismo laboral y del estrés asociado al trabajo.
- **Escuela:** Mejoramiento del desempeño académico y de la relación con los padres y profesores, reducción del ausentismo, disminución del riesgo de

trastornos del comportamiento, prevención de la delincuencia juvenil, el alcoholismo y el abuso de sustancias, y aumento de la responsabilidad.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

En la segunda mitad del siglo pasado hemos ingresado en el proceso conocido como transición epidemiológica, con una creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como principales causas de muerte. La transición epidemiológica es un concepto que se acuñó hace más de 30 años y que sirve para entender la dinámica de la salud de las poblaciones. Este término se refiere a un proceso de cambio en las condiciones de salud de la población, en términos de discapacidad, enfermedad y muerte.

Las características principales de este proceso son el desplazamiento de la mortalidad a grupos de edad más avanzada y un cambio en las causas de muerte con un predominio de las enfermedades no transmisibles. Los mecanismos son, principalmente, la aparición de factores de riesgo relacionados con el proceso de desarrollo y urbanización, la disminución de la fecundidad y el mejoramiento de las tasas de letalidad ⁽³⁵⁾.

Según la definición del Center for Disease Control de Atlanta, las Enfermedades Crónicas no transmisibles son "de etiología incierta, habitualmente multifactoriales, con largos períodos de incubación o latencia, largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo". A esto debemos agregar: "de etiología transmisible no demostrada fehacientemente (salvo algunos cánceres), y de gran impacto en la población adulta".

Dentro de estas enfermedades tenemos principalmente a la obesidad, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y la osteoporosis, y estas son causas de cada vez más importantes de discapacidad y muerte prematura en los países tanto en desarrollo como recién desarrollados y suponen una carga adicional para unos presupuestos sanitarios nacionales ya sobrecargados.

Las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto constituyen en la actualidad el problema de salud más preponderante de las Américas ya sea, que se les exprese en términos de mortalidad, de morbilidad, de invalidez, de la pérdida de productividad o e deterioro de la calidad de vida. En el 2005, más de la mitad de las defunciones que se produjeron en el mundo— alrededor de 35 millones de un total de 58 millones - se deben a las enfermedades crónicas. Casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes también están mostrando tendencias preocupantes, no sólo porque afectan ya a una gran parte de la población sino también porque han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida. Por otro lado, se ha previsto que para el 2020 las enfermedades crónicas representarán casi las tres cuartas partes del total de defunciones a nivel mundial y el 60% de la carga de enfermedades crónicas corresponderá a los países en desarrollo, como es el caso de los países de América Latina.

Razones que Dejan Prever el Incremento de las E.C.N.T. en América Latina

Razón	Observación
Los avances y acceso a la tecnología.	Permitirá un mejor manejo de condiciones agudas de enfermedad y las enfermedades terminales tenderán a volverse crónicas.

Estilos de vida actuales de la población.	Son poco saludables.
Persistencia de la tendencia al consumo de sustancias nocivas.	Particularmente en los jóvenes.
Industrialización de gran parte de la región.	No es adecuada.
La contaminación atmosférica.	Falta de control.
La población continúa envejeciendo.	Esto la hace más vulnerable a la enfermedad.

Los análisis de la distribución de la morbilidad y mortalidad según grupos de edad señalan que la incidencia de las ECNT son proporcionalmente muy bajas durante la adolescencia. Sin embargo, los periodos de la adolescencia y de la juventud están afectados por numerosos riesgos y hábitos nocivos que aparecen en etapas tempranas de la vida, y tiene una importancia decisiva en la génesis de la morbilidad y mortalidad del adulto y del anciano, pues esta situación tiene por consecuencia la aparición, cada vez más temprana de estas enfermedades. Lo realmente preocupante de esta expresión temprana de las enfermedades crónicas no transmisibles, además del hecho de que aparecen cada vez más precozmente, es que una vez que se presentan tienden a persistir en el individuo afectado a lo largo de toda la vida. Y producen:

- ✓ Discapacidad y años de vida productivos perdidos.
- ✓ Pérdidas de vidas humanas, muchas de ellas en edades tempranas.
- ✓ Un costo social incalculable.
- ✓ Una problemática ética hasta ahora no abordada.
- ✓ Gran consumo de los presupuestos nacionales.
- ✓ Aumento en la demanda de servicios de cuidado en los sistemas de salud superando su capacidad de respuesta.
- ✓ Un aumento en el costo de estos servicios que en parte se pueden atribuir al aumento de la demanda.

6.1. Obesidad

La obesidad puede considerarse como una enfermedad y un factor de riesgo de enfermedades crónicas y de otras enfermedades. La obesidad se define como un exceso del contenido de grasa corporal en relación con la talla, resultado del desequilibrio crónico entre la ingesta energética y el gasto de energía ⁽³⁶⁾.

Casi todos los países (de altos y bajos ingresos por igual) padecen actualmente una epidemia de obesidad, si bien con grandes variaciones entre países y dentro de los países. Desde hace varias décadas en los países industrializados, el sobrepeso y la obesidad son reconocidos como problemas emergentes de salud pública. Estos han sido asociados al incremento de enfermedades crónicas no transmisibles u más frecuentemente con problemas psicosociales de los individuos afectados, en un contexto cultural que resaltaba el valor estético de la magnitud del individuo.

La epidemia de obesidad afecta, especialmente a niños y adolescentes, en los que las tasas de incremento de la prevalencia son superiores a las de los adultos. En EEUU, en el grupo de los 6 a 11 años, se ha pasado de una prevalencia del 4% en 1971 al 13% en 1999 y en el grupo de 12 a 19 años del 6% al 14%. En España el incremento de la obesidad ha sido también manifiesto, al pasar en el grupo de edad entre 6 y 12 años del 4.9% en 1984 al 16.2% en el 2000 ⁽³⁷⁾.

Se ha calculado que, en los Estados Unidos, los costos directos de la obesidad representaron en 1995 el 6.8% (o US\$ 70 000 millones) de los costos totales en atención sanitaria, y los derivados de la inactividad física otros US\$ 24 000 millones ⁽³⁸⁾.

La presencia del sobrepeso y la obesidad en países como el nuestro responde a una serie de factores que de alguna manera se ven resumidos dentro

del proceso de transición epidemiológico que se observa en el mundo. Dentro del criterio de globalización nuestro país no se encuentra al margen y hechos muy concretos así lo confirman, por ejemplo la disminución de la tasa de mortalidad infantil, de desnutrición infantil y por otro lado el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles como por ejemplo la presencia emergente de la obesidad, la cada vez mayor urbanización de la población entre otros ⁽³⁶⁾.

Los riesgos de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión aumentan de forma sostenida con el incremento de peso, de ahí la prevención de la obesidad y la prevención de diversas enfermedades crónicas tengan mucho en común.

El aumento de la industrialización, la urbanización y la mecanización que tiene lugar en la mayoría de los países del mundo va asociado a cambios en la dieta y los hábitos: en particular, las dietas contienen cada vez más alimentos ricos en grasas y energía y los modos de vida son más sedentarios. En este aspecto se puede afirmar, que la principal causa a la que se atribuye la presencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes es la disminución en la actividad física y esto es debido al incremento de las horas que las personas le dedican a ver televisión, sumado a las horas que se pasan con los juegos de la misma y la computadora ⁽¹⁹⁾.

La edad de que los jóvenes y niños de hoy son menos activos que antes se basa sobre todo en evidencia indirecta. El bienestar socio económico se acompaña de un descenso en el gasto energético, por el uso de medios de transporte motorizados, mejor acondicionamiento y climatización de las viviendas y lugares de trabajo, uso generalizado de electrodomésticos y ocupaciones que requieren menor esfuerzo físico. Los niños y jóvenes ocupan su tiempo de ocio principalmente en actividades sedentarias como ver la televisión, jugar con videoconsolas, utilizar el ordenador, etc.

Por otro lado, la antropometría es la forma menos precisa pero más barata para llegar al diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Las medidas más usadas son el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura o el índice cintura/cadera.

El uso del índice de Masa Corporal (IMC) se remonta hace más de 150 años y fue establecido por el antropólogo belga Quetelet. Viene a ser la relación que se establece entre el peso y la talla al cuadrado.

El IMC puede utilizarse para estimar de forma aproximada la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población, así como los riesgos que llevan asociados.

IMC	Diagnóstico
Menor de 5° percentil	Delgadez
Entre 5° a 85° percentil	Normalidad
Mayor de 85° percentil	Sobrepeso
Mayor 95° percentil	Obesidad

MINSa “Ficha de prevención integral del adolescente”

Por otro lado, el contorno de la cintura es una medida cómoda y sencilla, independiente de la talla, que está muy correlacionada con el IMC y con la relación cintura/cadera, y constituye un índice aproximado de la masa grasa intrabdominal y de la grasa corporal total. Además las diferencias en la circunferencia de la cintura reflejan las diferencias en los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, etc., aunque los riesgos parecen variar en distintas poblaciones.

El perímetro de la cintura se mide en la línea media entre el margen intercostal inferior y la cresta iliaca, con el sujeto de pie. Hay un mayor riesgo de complicaciones metabólicas en los varones con una circunferencia de cintura mayor > o igual de 102 cm. y en las mujeres con una circunferencia de cintura >o igual de 88 cm ⁽¹⁸⁾.

Desde el punto de vista comunitario, la prevención de la obesidad debe apoyarse en dos pilares fundamentales educación nutricional y actividad física.

En lo que respecta a la prevención de la obesidad, se afirma que la alimentación es el principal factor exógeno que influye sobre la adquisición de esta enfermedad. Está claro que es más fácil promover la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida más saludables durante la etapa infantil y de la adolescencia, que modificar hábitos estructurados durante la vida adulta.

Otro factor importante para la prevención es la realización de actividad física. Los resultados de diferentes estudios sugieren que la práctica habitual de actividad física de intensidad moderada contribuye a prevenir entre otras enfermedades, a la obesidad.

6.2. Diabetes Mellitus

La diabetes de tipo 2, mellitus o antes conocida como diabetes no insulino dependiente (DMNID), es la responsable de la mayoría de los casos de diabetes en el mundo. Aparece cuando la producción de insulina no basta para compensar la anomalía subyacente, que no es sino una mayor resistencia a su acción. Las fases tempranas de la diabetes de tipo 2 se caracterizan por una producción excesiva de insulina. A medida que progresa la enfermedad, los niveles de insulina pueden disminuir como resultado de una insuficiencia parcial de las células B del páncreas, productoras de esa hormona. Entre las complicaciones de la diabetes de tipo 2 figuran la ceguera, la insuficiencia renal, las ulceraciones del pie, que pueden desembocar en gangrena y amputación, y un riesgo sensiblemente mayor de infecciones, cardiopatías y accidentes cerebro vasculares.

La modificación del estilo de vida es el pilar fundamental tanto del tratamiento como de los intentos de prevención d la diabetes tipo 2.

Aunque visibles en todo el mundo, los aumentos de la prevalencia y la incidencia de la diabetes de tipo2 han sido particularmente espectaculares en las sociedades en transición económica de gran parte de los países recientemente industrializados y en los países en desarrollo. A escala mundial, se calcula que el número de casos de diabetes gira actualmente en torno a los 150 millones. Según las previsiones, esa cifra se duplicará antes de 2025, y si antes era una enfermedad propia de las personas de mediana edad y ancianos, la diabetes de tipo 2 ha aumentado recientemente de forma vertiginosa en todos los grupos de edad y se está detectando ahora en todos los grupos de edad cada vez más jóvenes, incluidos adolescentes y niños ⁽⁷⁾.

En los ESTADOS UNIDOS, se calcula que 15,6 millones de adultos (10,2 millones diagnosticados y 5,4 millones no diagnosticados) son diabéticos ⁽⁶²⁾. Los aumentos más espectaculares de la diabetes tipo 2 se están dando en sociedades en las que la dieta ha sufrido grandes cambios y paralelamente ha disminuido la actividad física y han aumentando los casos de sobrepeso y obesidad. Las nuevas dietas suelen ser densas en energía, ricas en ácidos grasos saturados y carentes de fibra alimentaria ⁽⁴⁾.

Las modificaciones del estilo de vida respecto de los hábitos alimenticios y de la actividad física parecen desempeñar un papel importante para retardar y prevenir los riesgos inherentes a la diabetes y sus complicaciones, además de reducir la creciente carga global que esta enfermedad representa para la salud pública.

Se enumeran a continuación algunas medidas particularmente pertinentes para reducir el riesgo de diabetes:

- Prevención/tratamiento del sobrepeso y la obesidad, particularmente en los grupos de alto riesgo.
- Mantenimiento de un IMC óptico, es decir, en los valores inferiores del intervalo de normalidad. Para la población adulta, eso significa un IMC medio en el intervalo de 21-23 Kg./m² y evitar el aumento de peso (menor de 5 Kg.) durante la vida adulta.
- Reducción de peso voluntaria en los individuos con sobrepeso u obesos con problemas de intolerancia a la glucosa (aunque el cribado de esos individuos puede no ser costo eficaz en muchos países).
- Práctica de una actividad física de resistencia de intensidad entre moderada y alta (por ejemplo, caminar a paso ligero) durante al menos una hora diaria la mayoría de los días de la semana.
- Garantizar que la ingesta de grasas saturadas no supere el 10% del total de energía y, para los grupos de alto riesgo, que la ingesta de grasas sea inferior al 7% de la energía total.
- Lograr una ingesta adecuada de PNA o fibra alimentaria mediante el consumo regular de cereales integrales, leguminosas, frutas y verduras. Se recomienda una ingesta diaria mínima de 20 g.

6.3. Enfermedades cardiovasculares

La segunda mitad del siglo XX ha sido testigo de importantes transiciones en las pautas de morbilidad; además de notables mejoras en la esperanza de vida. Ese periodo se caracteriza por profundos cambios en las dietas y los estilos de vida, que a su vez han contribuido a la aparición de una epidemia de enfermedades no transmisibles. Esta epidemia está emergiendo ahora, incluso de forma acelerada, en la mayoría de los países en desarrollo, mientras las infecciones y las carencias nutricionales retroceden como principales causas de defunción y discapacidad.

En los países en desarrollo, el efecto de la transición nutricional y del aumento concomitante de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares será un aumento del desajuste entre las necesidades de salud y los recursos ya escasos habrán de aprovecharse aún mejor. Dado que las dietas desequilibradas, y la inactividad física contribuyen a las cardiopatías, el hecho de hacer frente a esos problemas, así como al consumo de tabaco, puede contribuir a frenar la epidemia. En muchos países industrializados ya se han cosechado grandes logros en esa esfera.

Las enfermedades cardiovasculares son el principal responsable de la carga mundial de morbilidad por enfermedades no transmisibles. La OMS atribuye actualmente la tercera parte de las defunciones registradas a nivel mundial (15,3 millones). En los próximos decenios, la creciente carga de las ECV será soportada en su mayor parte por los países en desarrollo ⁽⁷⁾.

En el Perú, el porcentaje de muertes por trastornos cardiovasculares es muy costoso, por cardiopatía isquémica y aterosclerosis es del 33% y un 29.9% corresponde al porcentaje de muertes por enfermedades de la circulación pulmonar e insuficiencia cardíaca ⁽²⁹⁾.

El tratamiento de las enfermedades cardiovasculares es muy costoso y representa una enorme carga para el sistema de atención de salud. Por otra parte, su prevención es mucho menos costosa.

La identificación de factores de riesgos cuantificables y modificables ha facilitado la determinación los riesgos individuales y poblacionales; y el diseño y la evaluación de estrategias para su reducción. El abandono del tabaquismo es el cambio más importante a favor de la disminución del riesgo de las enfermedades cardiovasculares, pero las modificaciones en las conductas alimentarias también ejercen una influencia considerable ⁽⁴⁾.

Dentro de las guías alimentarias y de hábitos de vida indicados por los expertos a instituciones con el objeto de reducir la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares son:

- Mejorar la alimentación, reducir la ingesta total de grasa y aumentar el consumo de ácidos grasos monoinsaturados.
- Adecuar la ingesta energética diaria a las necesidades individuales para evitar el sobrepeso y la obesidad y el resto de factores de riesgo cardiovasculares que se derivan.
- Evitar el consumo de tabaco y aconsejar el abandono regular a todo fumador. A los adolescentes se les debe prevenir para que no inicien este vicio.
- Consumir moderadamente alcohol.
- Fomentar la práctica habitual de ejercicio físico en función de la situación fisiológica y patológica de cada individuo.

6.4. Cáncer

El cáncer es provocado por diversos factores, algunos de ellos aún no identificados. La principal causa conocida es el hábito de fumar. Otros factores importantes que determinan el riesgo de cáncer, son la dieta, el alcohol y la actividad física, las infecciones, factores hormonales y radiaciones. La importancia relativa de los cánceres como causa de defunción está aumentando, debido principalmente a la proporción creciente de personas que llegan a edades avanzadas, pero también en parte debido a la disminución de la mortalidad por otras causas, especialmente por enfermedades infecciosas.

Hoy día el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, y en el mundo desarrollado sólo es superado en general por las enfermedades cardiovasculares. Se calcula que en el 2000 hubo unos 10

millones de casos nuevos y más de 6 millones de defunciones por cáncer. A medida que los países en desarrollo se van urbanizando, las pautas del cáncer, inclusive de los tipos más relacionados con la dieta, suelen aproximarse a las propias de los países económicamente desarrollados. Se calcula que entre 2000 y 2020 el número total de casos de cáncer en el mundo en desarrollo aumentará en un 73%, y en el mundo desarrollado en un 29%, en gran medida debido al aumento del número de personas de edad ⁽⁴⁾.

Los datos disponibles sugieren que entre 80% y 85% de todos los cánceres dependen en cierta medida del estilo de vida y de los factores medioambientales ⁽⁴¹⁾.

Se estima que los factores alimentarios explican aproximadamente el 30% de los cánceres en los países industrializados lo que hace que de la dieta el segundo factor después del tabaco como causa teóricamente prevenible de cáncer. Se cree que esa proporción es de un 20% en los países en desarrollo, pero los cambios experimentados por la dieta podrían hacerla aumentar, sobre todo si disminuye la importancia de otras causas, especialmente las infecciones ⁽⁶⁾. Las tasas de cáncer cambian a medida que las poblaciones pasan de unos países a otros y adoptan hábitos alimentario, lo que subraya aún más el papel de los factores alimentarios en la etiología de la enfermedad.

En conjunto, se calcula que el peso corporal y la inactividad física son responsables de entre la quinta y la tercera parte de varios de los cánceres más comunes, concretamente los cánceres de mama posmenopáusicos), colon, riñón y esófago.

Las principales recomendaciones para reducir el riesgo de sufrir cáncer son las siguientes:

- Mantener un peso (en adultos) tal que IMC se encuentre en el intervalo 18.5-24.9 Kg./m², y evitar ganar más de 5kg durante la vida adulta .

- Mantener una actividad física regular el objetivo primordial debe ser hacer ejercicio la mayoría de los días de la semana; en las personas con ocupaciones sedentarias, 60 minutos diarios de una actividad de intensidad moderada, como caminar, pueden ser necesarios para mantener un peso corporal saludable. Una actividad más vigorosa, como caminar a paso ligero, podría tener un efecto adicional de prevención del cáncer.
- No se recomienda el consumo de bebidas alcohólicas si se consume, no deben superarse las dos unidades al día.
- El pescado en salazón fermentado al estilo chino sólo debe consumirse con moderación, especialmente durante la infancia. El consumo global de alimentos en salazón y de sal debe ser moderado.
- La dieta debe incluir al menos 400 g diarias de frutas y verduras.
- Para las personas no vegetarianas, se aconseja moderación en el consumo de carnes en conserva (salchicha, embutidos, panceta, jamón).
- No deben consumir alimentos o bebidas demasiados calientes (hirviendo).

6.5. Osteoporosis

Según la OMS: “La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por una pérdida cuantitativa de masa ósea, deterioro micro arquitectural, mayor susceptibilidad a fracturas” ⁽⁴²⁾.

La osteoporosis es una enfermedad que afecta a muchos millones de personas en todo el mundo. La variación mundial de la incidencia y la prevalencia de la osteoporosis resulta difícil de determinar debido a problemas de definición y diagnóstico. Para comparar la prevalencia de la osteoporosis entre poblaciones, lo mejor es utilizar las tasas de fracturas entre las personas

de edad. A pesar de ello, la opinión más generalizada actualmente es que en todo el mundo se producen al año en torno a 1,66 millones de fracturas de cadera, que la incidencia tiene visos de cuadruplicarse antes de 2050 debido al número creciente de personas de edad ⁽⁴⁾.

Actualmente constituye un problema para la salud pública en el país, encontrándose en el grupo de enfermedades no transmisibles sobre las cuales se hace necesario un trabajo intersectorial incisivo y de corte educacional para generar cambios de comportamiento en lo relacionado al cuidado de la salud, hábitos alimentarios y actividad física a lo largo de la vida.

A nivel nacional, según datos de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, durante el año 2000 se han registrado más de 20 000 casos de osteoporosis, de los cuales el 90% corresponde a personas mayores de 30 años de edad con predominio en el grupo femenino.

Dentro de los aspectos a modificar en el estilo de vida para prevenir la osteoporosis, la ingesta adecuada de alimentos con contenido de calcio es la más importante, pues el este mineral es importante para la formación y el mantenimiento de la masa ósea y la disminución de la pérdida ósea.

Otro aspecto a tener en cuenta es la actividad muscular, la gravedad y la carga mecánica ya que estimulan el crecimiento de las células óseas, lo que ocasiona un incremento de la masa ósea. El reposo elimina calcio del hueso. Estudios clínicos recientes demuestran que el ejercicio de alto impacto (aeróbicos, en especial) influye de forma positiva sobre la mineralización ósea, a la vez que mejora la integridad esquelética y el rendimiento muscular.

Por lo que para disminuir la incidencia de osteoporosis se recomienda:

- En los países donde la incidencia de fracturas por osteoporosis es alta, una ingesta reducida de calcio (es decir, inferior a 400-500 mg diarios) entre los hombres y mujeres de edad está asociada a un mayor riesgo de fracturas.
- En los países con alta incidencia de fracturas, el aumento de la vitamina D y el calcio en la dieta de las poblaciones de edad puede reducir el riesgo de fracturas. Así pues, hay que garantizar un estado nutricional correcto en relación con la vitamina D. Si esta vitamina se obtiene principalmente de fuentes alimentarias, por ejemplo cuando la exposición a la luz solar es limitada, se recomienda una ingesta de 5-10 µg diarios.
- Aunque se carece de datos concluyentes al respecto, pueden ser útiles algunas recomendaciones prudentes en materia de dieta y modos de vida, ya citadas en relación con otras enfermedades crónicas, que probablemente reducen el riesgo de fractura. Entre ellas figuran las siguientes:
 - Aumentar la actividad física
 - Reducir la ingesta de sodio
 - Aumentar el consumo de frutas y verduras
 - Mantener un peso corporal saludable.
 - Evitar el tabaco.
 - Limitar el consumo de alcohol.

Existen pruebas convincentes de que la actividad física, en particular aquella que mantiene o incrementa la potencia muscular, la coordinación y el equilibrio como determinantes importantes de la propensión a las caídas, es beneficiosa para prevenir las fracturas osteoporóticas. Además, una actividad regular de levantamiento de pesos a lo largo de toda la vida, especialmente de forma vigorosa y con participación de los huesos, aumenta la masa ósea máxima durante la juventud y ayuda a conservar la masa ósea más adelante en la vida.

6.6. Prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo

Las enfermedades crónicas no transmisibles son en gran medida enfermedades prevenibles; mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables; los hábitos de vida (régimen alimentario, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol) pueden modificarse, especialmente si estos se trabajan desde la niñez y adolescencia.

Principales factores de riesgo a intervenir

Es importante destacar la vigilancia de los factores de riesgo como componente crítico de la estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades y la necesidad de un sistema que pueda proveer estimados de la prevalencia de los principales factores de riesgo y que favorezca un enfoque integrado para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), lo que constituye además un importante instrumento para evaluar la efectividad de las estrategias de prevención y control de las ECNT y sus políticas ⁽⁴³⁾.

a) Promoción de la salud

Dado que la mayoría de los factores de riesgo están relacionados a estilos de vida y hábitos no saludables, éstos son componentes básicos de las estrategias de prevención, cualquiera sea su nivel. De acuerdo al concepto de PROMOCION de la salud, que es la ciencia y arte para ayudar a la población a cambiar sus estilos de vida hacia estados más saludables, esto se consigue por la combinación de esfuerzos entre la educación y la creación de ambientes favorables ⁽⁴⁴⁾.

- Educación de la comunidad para que la población tome conciencia del problema, para lo cual debe ser adecuadamente informada, y así dársele la

oportunidad que tome decisiones responsables sobre su salud. Esta educación debe ser planificada, estructurada y mantenida en el tiempo. Lo que se quiere lograr con ello no es sólo informar, sino que también se espera un cambio en sus conductas y hábitos de vida, lo que no es fácil, especialmente en la población adulta. Finalmente, es necesario recordar la conveniencia de educar a grupos poblacionales jóvenes, especialmente adolescentes, por las ventajas que ello representa.

—

- Creación de ambientes favorables, los que deben adecuarse para facilitar la puesta en práctica de cambios a hábitos saludables, como actividad física, dieta balanceada, etcétera. Dentro de este ámbito caben medidas regulatorias, como leyes que proscriban el avisaje del cigarrillo y alcohol, el fumar en lugares públicos, leyes que regulen la preparación de alimentos, regulación para impedir exposición a contaminantes (pesticidas), radiaciones, etc. Otras medidas se refieren a impuestos a cigarrillos y alcohol, a alimentos con altos contenidos de grasas saturadas, por ejemplo, así como subsidios a productores para orientar su producción hacia áreas más saludables. La opinión general es que estas medidas funcionarán sólo si hay una comunidad informada y que estos cambios sean solicitados por la propia comunidad, convencida que son necesarios.

—

- Para estimular la participación comunitaria en las acciones de promoción de la salud, debemos adelantarnos a investigarla para tener mayor información sobre ella, no sólo sobre los problemas de salud, sino que también sobre la percepción que esa comunidad como grupo humano tiene respecto a estos problemas, su identidad con ellos, percepción de sus propias necesidades, capacidad de liderazgo, recursos comunitarios, organización, etcétera. Por lo tanto, además del epidemiológico, es necesario un diagnóstico comunitario social, conductual, ambiental, educacional y administrativo.

b) Prevención

La secuencia lógica de acción para poner bajo control cualquier problema de salud es siempre la misma, la que en el caso de las ECNT consiste en:

Tratamiento de los casos conocidos.

1. Prevención de recurrencias y progresión.
2. Intento de descubrir y tratar en forma precoz casos subclínicos.
3. Intento de detectar, modificar y tratar factores de riesgo.
4. Intento de evitar la aparición de factores de riesgo.

De estos niveles, los tres primeros son cubiertos por la práctica clínica, y su aplicación es parte de la atención médica tradicional. Ellos corresponden a las llamadas ESTRATEGIAS DE ALTO RIESGO o individuales, en los cuales los niveles de prevención son generalmente el secundario y terciario. Estas estrategias son sólo paliativas y se concentran en una minoría susceptible, sin tocar las causas por las que esta minoría es susceptible.

Los dos últimos niveles corresponden a las ESTRATEGIAS POBLACIONALES, que se desarrollan principalmente cubriendo los niveles de prevención primaria y primordial. Estas pretenden ir a la raíz del problema, modificando la distribución que tienen los factores de riesgo en la población y, por ende, sus valores medios, que son los que finalmente determinan la prevalencia de cualquiera variable poblacional, por lo que es necesario identificar los hábitos de vida de las poblaciones.

7. LA ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia proviene del verbo en latín *adoleceré*, “crecer” o “crecer hacia la madurez”. La adolescencia es un período de crecimiento, entre la niñez y la edad adulta. La adolescencia en nuestros tiempos, un periodo de la

vida en el cual, con mayor intensidad que en otros periodos, se aprecia la interacción entre las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa los límites de la adolescencia entre los 10 a 19 años de edad. Aun que las definiciones cronológicas resultan útiles para fines estadísticos, en realidad se observan grandes variaciones en cuanto al tiempo y la duración - pero no en la secuencia – de los cambios biológicos, sociales y psicológicos que caracterizan a esta etapa ⁽⁴⁵⁾.

En el Perú, en el año 2000 el grupo de adolescentes de 10 a 19 años, estuvo constituido por 5.5 millones de personas y representa el 21.4% de la población peruana, correspondiendo el 10.9% al grupo de 10 a 14 años y el 10.5% al grupo de 15 a 19 años, y por cambios de la pirámide poblacional, se proyecta que para el año 2025 este grupo poblacional aumente, en relación al grupo menor de 10 años ⁽⁴⁶⁾.

7.1. Periodos de la Adolescencia

La adolescencia transcurre en tres períodos diferenciados (temprano, medio y tardío), cada uno de ellos caracterizado por un conjunto de cuestiones biológicas, psicológicas y sociales. Sin embargo, la variación individual es enorme.

Adolescencia Temprana.- En lo cronológico, esta etapa abarca desde los 10 años hasta los 13 años.

- a. **Desarrollo Biológico.-** En esta etapa se producen los cambios secundarios. El primer signo visible de la pubertad en las niñas es el desarrollo de los

botones mamarios. La menarquia aparece típicamente 2 a 2 años y medio años más tarde, en torno al máximo de la velocidad de crecimiento en estatura. Se producen menos evidentes en el aumento de tamaño de los ovarios, el útero, los labios mayores y menores, y el clítoris; engrosamiento del endometrio y de la mucosa vaginal.

El primer signo en los niños varones es el crecimiento testicular, que comienza como pronto a los 9 ½ años. El máximo crecimiento se produce cuando el volumen de los testículos alcanza, aproximadamente 9 – 10 cm. Bajo la influencia de la hormona luteinizante y la testosterona, los túmulos seminíferos, el epidídimo, las vesículas seminales y la próstata aumenta de tamaño.

En ambos sexos, la aceleración del crecimiento comienza en la adolescencia temprana, aunque las velocidades de crecimiento máximos aún no se dan en este estadio. En los niños el estirón de crecimiento se produce típicamente 2 ó 3 años más tarde que en las niñas y se prolonga 2 ó 3 años más que en ellas. Comienza distalmente, con una agrandamiento inicial de las manos y los pies, seguidos de los brazos y las piernas y, finalmente, del tronco y del tórax. Este crecimiento asimétrico le da al adolescente joven un aspecto desgarrado. El crecimiento rápido de la laringe, la faringe y los pulmones produce cambios en la calidad de voz. Los andrógenos suprarrenales estimulan las glándulas sebáceas y promueven la aparición del acné.

- b. Sexualidad.-** La sexualidad no sólo engloba la conducta sexual, sino también el interés por el sexo y las fantasías, la orientación sexual, las actitudes hacia el sexo y su relación con las emociones, y la conciencia de los roles y costumbres definidos socialmente. El interés en el sexo aumenta en la pubertad temprana. La eyaculación aparece por primera vez,

normalmente durante la masturbación, y más adelante, espontáneamente, durante el sueño.

- c. **Desarrollo Cognitivo y Moral.-** En la teoría de Piaget, la adolescencia marca la transición desde el pensamiento de operaciones concretas, característico de los niños en edad escolar, a las operaciones lógicas formales. El desarrollo del pensamiento moral es aproximadamente paralelo al desarrollo cognitivo general. La mayoría de los preadolescentes percibe lo bueno y lo malo como absoluto e incuestionable.
- d. **Autoconcepto.-** La timidez aumenta exponencialmente como respuesta a las transformaciones somáticas de la pubertad. La conciencia de uno mismo a esta edad tiende a centrarse en las características externas a diferencia de la introspección de la adolescencia tardía. Es normal que los adolescentes precoces escudriñen su aspecto y tengan, además, la sensación de que todos los demás se les quedan mirando. En especial las niñas tienen riesgo alto de verse a sí mismas obesas.
- e. **Relaciones con la Familia, los Compañeros y la Sociedad.-** En la adolescencia temprana, se acelera la tendencia al distanciamiento de la familia y a la participación creciente en actividades con compañeros. El distanciamiento de la familia a menudo implica elegir adultos ajenos a ella como modelos de rol. El hecho de pertenecer a un grupo es de suma importancia.

Adolescencia Intermedia.- En lo cronológico, esta etapa abarca desde los 14 años hasta los 16 años.

- a. **Desarrollo Biológico.-** En la adolescencia intermedia, el crecimiento se acelera por encima de la velocidad prepuberal de 6-7 cm por año. En la

niña, como promedio, el estirón de crecimiento alcanza un máximo a los 11.5 años, y luego se hace más lento hasta detenerse a los 16 años. En el niño, el estirón de crecimiento comienza más tarde, como promedio alcanza su máximo a los 13.5 años, y luego se hace más lento hasta cesar a los 18 años. El aumento de peso de la pubertad supone aproximadamente el 40% del peso adulto. La maduración sexual en la adolescencia media es espectacular. La mayoría de las niñas ya alcanzaron la menarquia. En los varones, se presenta la espermarquia y el pene aumenta de longitud y grosor.

- b. Sexualidad.-** El hecho de salir con una persona del sexo opuesto se convierte en una actividad normal durante la adolescencia intermedia. El grado de actividad sexual varía ampliamente. La experimentación homosexual es común y no refleja necesariamente la orientación sexual definitiva. Las relaciones basadas en salir con alguien del sexo opuesto suelen ser superficiales a esta edad, prevaleciendo el atractivo y la experimentación sexual más que la intimidad.
- c. Desarrollo Cognitivo y Moral.-** Con la transición al pensamiento de operaciones formales, los adolescentes intermedios se cuestionan y analizan muchas cosas. La nueva flexibilidad del pensamiento del adolescente tiene efectos omnipresentes en las relaciones consigo mismo y con los demás.
- d. Autoconcepto.-** El grupo de compañeros ejerce menos influencia sobre el atuendo, las actividades y la conducta. Es frecuente que los adolescentes intermedios prueben, de un mes a otro, a tener una imagen distinta y a cambiar de estilo de vestir, grupos de amigos y de aficiones.

- e. **Relaciones con la Familia, los Compañeros y la Sociedad.-** Por lo general, la pubertad establece unas relaciones tirantes entre los adolescentes y sus padres. Como un componente de esta separación, los adolescentes pueden volverse distantes hacia los padres, reorientando las energías emocionales y sexuales hacia las relaciones con los compañeros. A menudo los adolescentes intermedios empiezan a pensar seriamente sobre lo que quieren hacer de adultos, una cuestión que antes había sido cómodamente hipotética. El proceso implica la autoevaluación y la evaluación de las oportunidades disponibles. La presencia o ausencia de modelos de rol reales, en oposición a los idealizados en períodos más tempranos, puede ser esencial.

Adolescencia Tardía.- En lo cronológico, esta etapa abarca desde los 17 años hasta los 19 años.

- a. **Desarrollo Biológico.-** En comparación, los cambios somáticos en este período son modestos. Los estadios finales del desarrollo de la mama, el pene y el vello pubiano se presentan a los 17-18 años en el 95% de los varones y las mujeres. Con frecuencia, se siguen produciendo cambios menores en la distribución del vello facial y pectoral, y la aparición de la alopecia de patrón masculino en algunos.
- b. **Desarrollo Psicosocial.-** La experimentación sexual disminuye a medida que el adolescente adopta una identidad sexual más estable. La cognición tiende a ser menos egocéntrica y aumentan los pensamientos sobre conceptos como la justicia, el patriotismo y la historia. El adolescente mayor con frecuencia es idealista, pero también puede ser absolutista e intolerante con las opiniones contrarias. Los grupos políticos o religiosos que promete respuestas a cuestiones complejas pueden suscitar una gran atracción.

La lentificación de los cambios físicos permite la instauración de una imagen corporal más estable. Las relaciones íntimas son también un componente importante de la identidad para muchos adolescentes mayores. A diferencia de las muchas veces superficiales relaciones de la adolescencia media basadas en salir en pareja, estas relaciones gozan de un amor y compromiso cada vez mayores. Las decisiones sobre el futuro profesional se vuelven apremiantes debido a que el autoconcepto del adolescente cada vez más absorbido por su papel emergente en la sociedad (como estudiante, trabajador, o padre).

7.2. El adolescente y su salud

La salud de los adolescentes es clave para el avance social, económico y político de los países. El reconocimiento de que la salud de la población adolescente es un elemento básico para el progreso de los países, representa un cambio significativo y deberá producir un impacto importante en la formulación de las políticas y estrategias de desarrollo de los países, la cual es una preocupación reciente y se hace cada vez más necesaria y urgente debido al crecimiento numérico y proporcional de dicha población, más marcado en los países en desarrollo.

Los adolescentes comienzan una nueva etapa en sus vidas y ello obliga a los profesionales de salud, a cambiar su labor dentro de las familias y escuelas, en lugares de trabajo y en la sociedad. El objetivo amplio consiste en establecer controles internos y metas externas para mantener un modo de vida que evite la discapacidad y retrase las enfermedades crónicas, tan frecuentes y dañinas en los adultos de edades medias y avanzadas.

La adolescencia es una etapa dinámica y esencialmente positiva: aumenta el peso y la talla, se amplían las funciones físicas, se adquiere capacidad reproductiva, se logran nuevas habilidades cognitivas y destrezas sociales. Pero este potencial no garantiza un desarrollo saludable, si no está encauzado. Algunos de los hábitos de vida del adolescente pueden tener efectos adversos para la salud física (por ejemplo, el exceso de alimentación, el sedentarismo, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, etc), los cuales no van a producir enfermedad en esta etapa, sino en etapas posteriores de su vida, lo cual constituyen una situación de riesgo, en especial para las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades que básicamente tienen su origen de la adquisición de hábitos no saludables.

La salud del adolescente tiene una relación particular con su propia conducta y de sus hábitos de vida, las cuales, a su vez, se ven influenciadas en gran medida por el ambiente en que vive. Muchos de los problemas de salud que tienen su origen en la adolescencia, surgen de estas conductas y hábitos que comienzan en esta época, como por ejemplo el consumo de alcohol y otras drogas, que acarrear consecuencias a largo plazo, como mayor riesgo de cáncer o enfermedades cardiovasculares, etc. ⁽⁴⁷⁾ Al mismo tiempo está claro que muchos de los modelos de conducta que influyen sobre la edad adulta tienen su origen en la adolescencia, ya que en esta etapa pueden adquirir hábitos saludables o “no saludables”. Esta es una de las razones por las cuales este período de la vida está recibiendo mayor atención por parte de los responsables de salud.

8. EL ROL DE LA ENFERMERA

La enfermera es el profesional responsable de la atención de enfermería, que promueve, conserva o establece la salud de los individuos, familias y

comunidades con una amplia variedad de entornos ⁽⁴⁸⁾. La enfermera comunitaria tiene, dentro del equipo de salud, una función doble: suministra cuidado de salud en la comunidad con cuya idiosincrasia se identifica y desarrolla al mismo tiempo un programa de motivación y educación para la salud. Su rol es esencialmente de naturaleza educativa, cuya técnica es el trabajo con grupos para contribuir a enlazar a los estamentos de la comunidad con el sistema institucional de salud, con el objeto de mejorar el nivel de salud de la población inculcando hábitos y prácticas saludables de salud. Es así como Dorotea Orem, resalta la particular atención de la enfermera a la necesidad que muestran las personas de un autocuidado continuado para prolongar la vida y la salud o para recuperarse de lesiones o enfermedades. Así define el autocuidado como: la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar ⁽⁴⁹⁾.

El objetivo de enfermería es ayudar a que las personas alcancen una salud óptima, es decir, el más alto nivel de funcionamiento que pueda ser alcanzado por cada una de ellas. Esto incluye actividades que promuevan su salud y prevengan las enfermedades. Por lo que actualmente, frente a los cambios de las causas más importantes de morbilidad a nivel mundial, es decir el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles; la enfermera tiene que ampliar su atención en el primer nivel de atención, ya que el origen de muchas de estas enfermedades provienen de la adquisición de hábitos no saludables, de las personas.

En tal sentido, la enfermera debe indagar más acerca de su población en donde va a actuar, sus características, hábitos de vida, factores de riesgo, conocimientos en salud, etc., por lo cual se hace imprescindible, la investigación, que es una función de la enfermera, y le permite obtener información, para elaborar e implementar estrategias de promoción y

prevención de enfermedades, en el primer nivel de atención, y evaluarlos. Por lo que la enfermera, cumple un rol vital y trascendental en el quehacer sanitario actuando de manera importante en lo que hoy se conoce como la medicina del futuro, es decir los cuidados de la vida y la salud en términos de prevención y promoción.

Promoción de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud, OPS, ha definido la Promoción de la Salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana ⁽⁵⁰⁾. La Promoción de la Salud consiste en proveer a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. De esta manera, el foco de la Promoción de la Salud es la acción social en favor de la salud.

La promoción de la salud se refiere a las actividades dirigidas a ayudar a que las conserven o logren un alto funcionamiento y un sentimiento de bienestar, con la adquisición de hábitos saludables. Hoy en día, la atención a la promoción de la salud se ha vuelto un asunto fundamental en las políticas de salud, dada la necesidad que existe de controlar los costos de asistencia médica y reducir el índice de enfermedades y muertes innecesarias.

Desde el decenio de 1950 se ha construido muchos modelos para la promoción de la salud, con el fin de identificar conductas que protegen la salud y para ayudar a explicar lo que motiva a las personas a desarrollar conductas preventivas. Un modelo reciente, es el desarrollado por Pender (1996), el cual está basado en la teoría de aprendizaje social, y destaca la importancia de los

factores de motivación que influyen en la adquisición y práctica de conductas que promueven la salud.

El propósito de la promoción de la salud es hacer énfasis en el potencial de bienestar de la persona y alentarla para que modifique sus hábitos personales, estilo de vida y ambiente, de manera que sea posible el mejoramiento de su salud y bienestar general ⁽⁵¹⁾. Está en manos de la persona decidir si efectúa los cambios que le ayudarán a mejorar su salud y lograr un nivel más alto de bienestar.

En esta área, las actividades de enfermería incluyen enseñar, asesorar, motivar y despertar un sentimiento general de responsabilidad personal de su salud en las personas para que desarrollen estilos de vida saludables que incluyan hábitos de una nutrición adecuada y sana, ejercicio y descanso o esparcimiento. Las personas que desempeñan un alto nivel tienen una mayor capacidad de resistir a los agentes estresantes físicos y emocionales ⁽⁵²⁾.

Prevención

La prevención se refiere a las actividades dirigidas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y a las consecuencias subsecuentes. En otras palabras prevenir significa inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros ⁽⁵⁰⁾.

Actualmente, los problemas de salud más importantes son las enfermedades crónicas y lesiones accidentales y sus secuelas, las cuales requieren la modificación de hábitos no saludables, profundamente arraigados como el uso de alcohol, el tabaco y las drogas, y de hábitos pobres de ejercicios y nutrición.

9. Relación entre Hábitos de vida en la adolescencia y las Enfermedades Crónicas no transmisibles.

En la consulta Mixta OMS / FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas, que se realizó en Ginebra del 28 de enero al 1 de febrero del 2002, se reconoció que la epidemia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles que aqueja tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo está relacionada con los cambios de los hábitos alimentarios y de los hábitos de vida, como son el consumo excesivo de alcohol, el consumo de tabaco y el sedentarismo ⁽⁷⁾.

Muchos autores además afirman, que la adolescencia es la etapa, donde se adquieren estos hábitos no saludables y que los predisponen a las Enfermedades Crónicas no transmisibles.

Hay tres aspectos fundamentales de la adolescencia que inciden en las enfermedades crónicas no transmisibles ⁽⁴⁷⁾:

- a) la aparición de factores de riesgo durante este periodo,
- b) la persistencia de los factores de riesgo a lo largo de la vida y,
- c) la adquisición de hábitos saludables o no saludables que tienden a persistir a lo largo de la vida.

Los análisis de la distribución de la morbilidad según grupos de edad señalan que la incidencia de las ECNT son proporcionalmente muy bajas durante la adolescencia. Sin embargo, los periodos de la adolescencia y de la juventud están afectados por numerosos riesgos y hábitos nocivos que aparecen en etapas tempranas de la vida, y tiene una importancia decisiva en la génesis de la morbilidad del adulto y del anciano, pues esta situación tiene por consecuencia la aparición, cada vez más temprana de estas enfermedades. Lo realmente preocupante de esta expresión temprana de las enfermedades crónicas no transmisibles, además del hecho de que aparecen

cada vez más precozmente, es que una vez que se presentan tienden a persistir en el individuo afectado a lo largo de toda la vida.

Por lo que se puede evidenciar que la adopción de hábitos no saludables en los adolescentes los hace más susceptibles a la adquisición de enfermedades crónicas no transmisibles, como se puede evidenciar en los datos estadísticos los cuales indican que una cuarta parte de los hombres y mujeres que mueren cada año tienen menos de 60 años ⁽¹⁾.

HIPOTESIS

H1: Los hábitos de vida de los adolescentes del AAHH José Carlos Mariátegui los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Adolescentes: Aquellas personas cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 10 a los 19 años de edad.

Hábitos de vida: Es la práctica frecuente de actividades, que realizan los adolescentes las cuales están determinadas por los hábitos nutricionales, hábitos de actividad física, hábitos de consumo de alcohol y tabaco.

Enfermedades Crónicas No Transmisibles: Son enfermedades de etiología incierta, habitualmente multifactoriales, con largos períodos de incubación o latencia y con largos periodos clínicos, los cuales no tienen resolución espontánea en el tiempo y que su origen depende mucho de la adquisición de hábitos de vida no saludables. Tenemos principalmente a la obesidad, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y

la osteoporosis, y estas son causas de cada vez más importantes de discapacidad y muerte prematura.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Descriptivo porque presenta los fenómenos tal como se presentan en la realidad, de corte transversal porque examinó las variables simultáneamente en un tiempo y espacio determinado.

B. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en el AAHH José Carlos Mariátegui, Pampas de San Juan, del distrito de San Juan de Miraflores, el área de estudio consta de doce manzanas, desde la manzana “A” hasta la manzana “L”, que a su vez abarca 168 lotes, en cada lote habita una familia (siendo la mayoría nuclear y en otras extensas). La comunidad es relativamente joven, siendo su tiempo de existencia de

aproximadamente 25 años; en la mayoría de las viviendas hay por lo menos 1 adolescente, siendo hijos nacidos en Lima y algunos migrantes de diferentes departamentos del país. Algunos de estos adolescentes participan de las organizaciones presentes en la comunidad (parroquia y comedores).

El terreno de la zona es una pampa, que limita por el norte con el AAHH Ricardo Palma, por el sur con el AAHH Buenos Aires y el distrito de Villa el Salvador, por el este con la Cooperativa Uranmarca y por el Oeste con el Parque Zonal Huayna Cápac y la Planta de Aguas Servidas de SEDAPAL. Las casas están construidas en su mayoría con material noble, tienen redes de luz eléctrica, agua y desagüe.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo poblacional, según datos demográficos del Puesto de Salud Ricardo Palma, el AAHH José Carlos Mariátegui cuenta con una población adolescente comprendida entre las edades de 10 a 19 años, de 462 habitantes. Para obtener la muestra se aplicó el muestreo probabilístico aleatorio simple, conformado por 142 adolescentes (Ver anexo D).

Para que éstos formen parte del estudio cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todos los adolescentes cuyas edades están comprendidas entre los 10 y 19 años de edad.
- Que acepten participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que presenten alguna enfermedad crónica como diabetes, cáncer, osteoporosis o enfermedad cardiovascular.
- Adolescentes de sexo femenino que estén gestando.
- Que presenten alguna discapacidad que no les permita responder adecuadamente, como los trastornos del pensamiento, sordomudez, síndrome de Down, retardo mental.

Criterios de Eliminación:

- Adolescentes de 10 a 19 años que no se encuentren en la sede de estudio en el momento de la aplicación del instrumento.
- Que no deseen participar de la investigación.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista, por considerarse un medio efectivo para obtener datos reales y favorecer un acercamiento y comunicación recíproca capaz de exponer las preguntas y respuestas claramente entre el entrevistador y el entrevistado

Como instrumento se utilizó un cuestionario, por considerarse el más adecuado para cumplir los objetivos del estudio y obtener información sobre los hábitos de los adolescentes del AAHH José Carlos Mariátegui que los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles. Este instrumento consta de las siguientes partes: I. Introducción e instrucciones, acerca de cómo llenar el formulario; II. Datos generales; III. Datos específicos, acerca de las preguntas sobre Hábitos Alimentarios, Hábitos de consumo de Alcohol, Tabaco y

Hábitos de Actividad física y sedentarismo; finalmente el agradecimiento a la persona entrevistada. (Ver Anexo C)

En la estructura del formulario se incluyó preguntas cerradas con cinco posibles respuestas.

E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del Instrumento se obtuvo a través del Juicio de Expertos, (Ver Anexo F) quienes conformaron un total de siete profesionales dedicados al área de estudio, lo cual motivó los reajustes necesarios del instrumento, para luego realizar la prueba piloto a un total de 25 adolescentes. El nivel de confiabilidad se realizó a través del método estadístico, usando para esto el Alfa de Crombach (Ver Anexo I) y el nivel de relación de las variables, a través, de la prueba de Coeficiente de Pearson (Ver Anexo H)

F. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Para la aplicación del estudio se realizaron los trámites administrativos mediante un oficio dirigido a la EAPE a fin de obtener la autorización respectiva. Luego se realizó las coordinaciones con el presidente de la directiva, el Sr. Pedro Isique, del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui, San Juan de Miraflores, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos del 2 al 15 de Enero del 2007. Luego se procedió a la recolección de datos aplicando el cuestionario y realizando la medición de talla, peso y perímetro de cintura a la población adolescente previo consentimiento informado de los padres, y en casos de los adolescentes de 18 y 19 años, previo consentimiento informado por ellos mismos, en un tiempo de 15 minutos por persona en sus respectivas casas.

G. PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Luego de obtenidos los datos éstos fueron procesados en forma manual y en función de la escala ordinal usadas para cada ítem del cuestionario.

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de frecuencia a nivel descriptivo, se consideraron los porcentajes extremos, los más altos y los más bajos.

Hábitos alimentarios

Saludables: si consumen el N° recomendado de comidas al día, y las raciones de los alimentos recomendadas.

No saludables: si no consumen el N° recomendado de comidas al día , no consumen las raciones de alimentos recomendados y además el consumo de alimentos saludables es bajo y el consumo de alimentos no saludables es alto.

Hábitos de sedentarismo.- Se consideró sedentarios a las personas que realizan cuando realizan menos de 30 minutos de actividad física tres veces por semana o menos.

Hábitos de Actividad Física.- Se consideró la frecuencia de actividad física: 1 vez por semana, interdiario y > de 4 veces a la semana

Hábitos de Consumo de Alcohol y tabaco: se reportó si consumen y no consume

De los resultados se cuantificó las relaciones que pueden existir entre los ítems seleccionados adecuadamente de acuerdo a los objetivos de la investigación, los cuales se presentan mediante tablas de frecuencia y sus respectivos gráficos.

H. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del estudio se tomó en cuenta las consideraciones éticas básicas sobre el consentimiento informado para los participantes del estudio, confidencialidad de los datos obtenidos y la autorización respectiva de la sede de estudio donde se realizó dicho estudio. (Ver Anexo E)

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectar los datos, fueron procesados, para luego ser trasladados a tablas de frecuencias, los cuales se presentan en cuadros estadísticos y gráficos; sobre la base de los objetivos del estudio de investigación y la variable.

La muestra estuvo representada por un total de 142 adolescentes de 10 a 19 años, en el que estuvo constituido por un grupo femenino que representaba el 55.6% (79) cuya edad promedio fue de 14.44 años con una DS de ± 2.96 años, y un grupo masculino que representaba el 44.4% (63) del total con una edad promedio de 13.76 años, con una DS ± 2.93 años. En cuanto al grado de instrucción los adolescentes, los que se encuentran cursando primaria son 22, los que se encuentran en nivel secundaria son 105 adolescentes, y los que se encuentran en estudios superiores son 15. (Ver Anexos J, K)

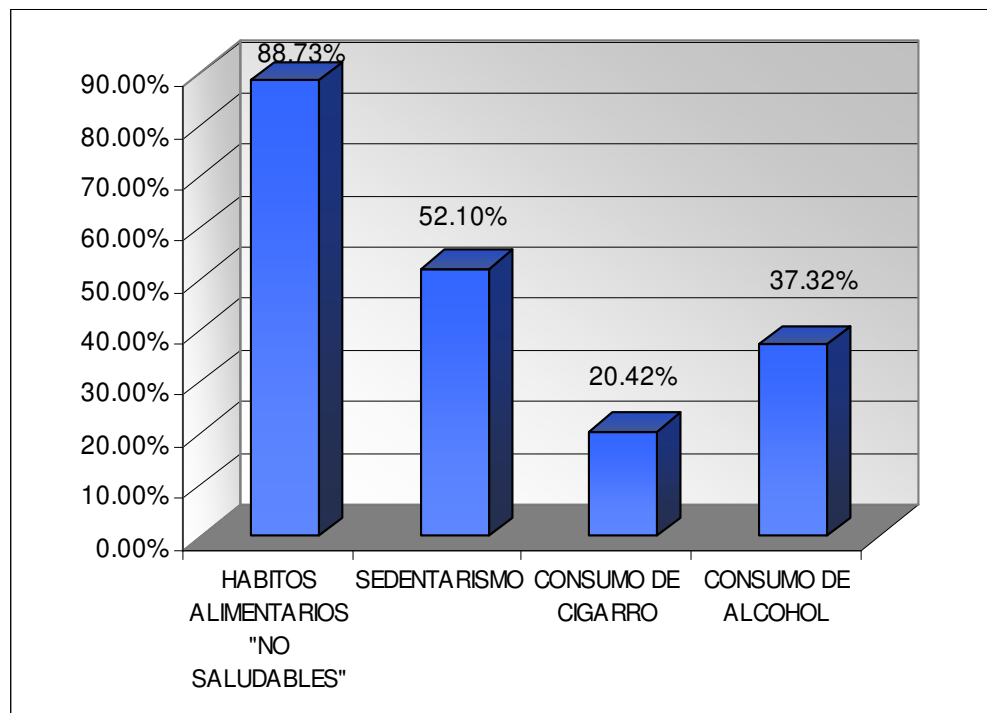
En el gráfico N° 1 se observa que los adolescentes encuestados, presentan hábitos no saludables; dentro de sus hábitos nutricionales, el

GRAFICO N° 1

**HABITOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JOSE CARLOS MARIATEGUI QUE
LOS PONE EN RIESGO A LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO
TRANSMISIBLES**

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007



88.73% tienen hábitos alimentarios “no saludables”, el 52.10 % son sedentarios, un 20.42% tienen hábitos de consumo de cigarro, y el 37.32% consume bebidas alcohólicas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tienen dentro de su etiología, diversos factores, los cuales muchos de ellos están asociados con los hábitos de vida de las personas, tales como el sedentarismo, dietas

inadecuadas, el tabaquismo y el alcoholismo; los cuales, mayormente se instauran en la etapa de la adolescencia convirtiéndose en factores de riesgo para la evolución de estas enfermedades. La implementación de programas para la prevención y promoción de hábitos saludables, serán de mayor utilidad, cuanto se realicen en etapas tempranas de la vida, como en la adolescencia, ya que los adolescentes se caracterizan en adquirir hábitos de vida ya sean saludables o no, y para ello es importante el conocimiento de sus hábitos de vida.

Por lo tanto, se puede concluir que los adolescentes de la población estudiada, presentan hábitos de vida no saludables por lo que están en riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles tales como: diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, cáncer y osteoporosis.

Además se evidencia el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, porque con respecto al índice de sobrepeso y obesidad según el sexo de esta población, se observa que el 25.31% del total del grupo femenino y el 12.69% del total del grupo masculino presentan sobrepeso; y el 7.60% del grupo femenino y el 6.35% del grupo masculino presentan índices de obesidad. (Ver Anexo L) Por otro lado se observa en relación con el perímetro abdominal según el sexo, que el 13% del grupo femenino presenta un perímetro abdominal aumentado es decir, mayor de 88 cm. y sólo el 3.18% del grupo masculino presenta el índice de perímetro abdominal aumentado ósea mayor de 102 cm. (Ver Anexo M)

Actualmente, a nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad son reconocidos como problemas emergentes de salud pública. Estos han sido asociados al riesgo en el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles. Los riesgos de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión aumentan de forma sostenida con el incremento de peso, de ahí la

prevención de la obesidad y la prevención de diversas enfermedades crónicas tengan mucho en común.

En este aspecto se puede afirmar, que la principal causa a la que se atribuye la presencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes es la disminución en la actividad física y esto es debido al incremento de las horas que las personas le dedican a ver televisión, sumado a las horas que se pasan con los juegos de la misma y la computadora, sumando a hábitos alimentarios no saludables.

Por otro lado, el contorno de la cintura es una medida cómoda y sencilla, independiente de la talla, que está muy correlacionada con el IMC y con la relación cintura/cadera, y constituye un índice aproximado de la masa grasa intrabdominal y de la grasa corporal total. Además las diferencias en la circunferencia de la cintura reflejan las diferencias en los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y otras afecciones crónicas, aunque los riesgos parecen variar en distintas poblaciones. Hay un mayor riesgo de complicaciones metabólicas en los varones con una circunferencia de cintura mayor > o igual de 102 cm. y en las mujeres con una circunferencia de cintura > o igual de 88 cm.

Por lo que se puede afirmar, que existe un grupo de la población estudiada, con sobrepeso y obesidad, los cuales se encuentran relacionados con hábitos alimentarios “no saludables” y de hábitos sedentarios, los que son un factor de riesgo a adquirir enfermedades como diabetes y enfermedades cardiovasculares.

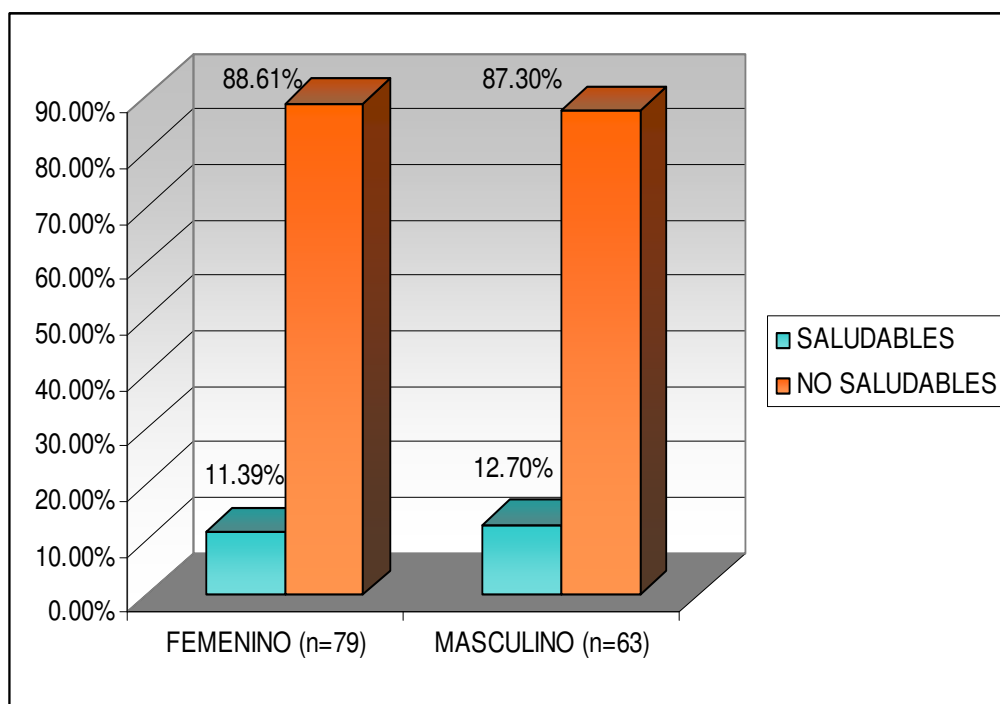
GRAFICO N° 2

HABITOS ALIMENTARIOS SEGÚN SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO

JOSE CARLOS MARIATEGUI

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007



Con respecto a los hábitos alimentarios según sexo en los adolescentes, se observa en el Gráfico N° 2, que el 88.61% del total del grupo femenino y el 87.30% del total del grupo masculino, presentan hábitos alimentarios no saludables.

Además, se evidenció que un 7.70% del total de los adolescentes, consume 1 comida al día y un 23.30% sólo dos comidas al día. (Ver anexo N).

Por otro lado, se halló que la población tiene una alta ingesta de alimentos “no saludables”, así tenemos que el 76.80%, el 34.40% y el 73.30% ingieren un elevado índice de golosinas, comida rápida, gaseosa y jugos envasados respectivamente. Mientras que el aporte de alimentos saludables a la dieta es deficiente; así se evidencia que, el 81.7%, el 76.5%, el 81.7% y el 88% tienen un consumo bajo de lácteos, pescado, frutas / verduras y agua respectivamente. (Ver Anexo O)

Los hábitos alimentarios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradición, los cuales están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Los factores que condicionan los hábitos alimentarios son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático. Dichos factores evolucionan a lo largo de los años y constituyen la respuesta a los nuevos estilos de vida, a los nuevos productos a consumir, a las comidas rápidas (fase food), etc. y se relacionan muy directamente con el aumento de los recursos y con el contacto entre gentes de culturas alimentarias distintas.

Es frecuente que los adolescentes omitan comidas, siendo el desayuno y el almuerzo, las comidas que con más frecuencia se pasan por alto; es frecuente además que consuman gran cantidad de bocadillos, que coman más veces fuera de sus hogares y consuman refrigerios, sobre todo gaseosas, caramelos y comidas rápidas o grasas. Que muestren preocupación por una alimentación sana y natural, y sin embargo exhiban hábitos absurdos o erráticos, que tengan un ideal de delgadez excesivo, que manifiesten total despreocupación por hábitos saludables, consumiendo alcohol, tabaco u otras drogas, y no realizando ejercicio físico. Por lo que se observa actualmente que los adolescentes tienen hábitos alimentarios no saludables, lo que los hace más susceptibles a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los alimentos “no saludables” son aquellos alimentos que tienen altos contenidos en carbohidratos simples, grasas, sal, por lo cual su contenido energético es alto, pero su contenido nutritivo es bajo o nulo entre estos alimentos tenemos, las golosinas, los postres, las gaseosas, los jugos de fruta envasados y la comida rápida, por lo que el consumo excesivo de estos alimentos pueden provocar un aumento en el peso, predisposición al sobrepeso u obesidad

Se entiende por golosinas y postres aquellos alimentos industriales o caseros, nutricionalmente desbalanceados y con un alto contenido de hidratos de carbono, grasas o sal. Estos productos incrementan la densidad energética y la proporción de energía proveniente de la grasa e hidratos de carbono, mientras que son deficientes en otros nutrientes, esto ocurre, al ser las materias primas utilizadas muy refinadas y su riqueza vitamínica casi nula por los tratamientos térmicos a los que se someten. Sin embargo su valor calórico puede llegar a alcanzar 400 – 500 Kcal. por 100 gr. De producto, por eso su consumo frecuente aumenta el riesgo a la obesidad.

La "comida rápida" se refiere a alimentos expendidos por empresas comerciales, semilistos para consumir, bajo formas de preparación estándares y basados en ingredientes como hamburguesas, pollo, pescado, pizza, sándwich etc Las “comidas de preparación rápida” (fast food) suelen tener alto valor calórico, junto con una adecuada proporción de proteínas de buena calidad, pero con exceso de grasa y sodio, por lo que su alto consumo aumenta el riesgo de la obesidad, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. La densidad en algunos micronutrientes es baja, en especial, calcio y vitaminas A, B2 y C.

Forma parte del estilo de vida de los adolescentes, el consumo frecuente de bebidas gaseosas, jugos envasados, como los zumos de fruta, los cuales suelen ocupar el lugar de la leche y el consumo de agua, y por tanto, modifican sensiblemente la calidad de la dieta. Contienen azúcares

fermentables que contribuyen al desarrollo de la obesidad, y la diabetes. Todas las personas que beben gaseosas de manera regular tienen mayor riesgo de osteoporosis, porque el ácido fosfórico que contienen dichas bebidas inciden en la pérdida del hueso, y actúan sobre el calcio. Los altos niveles de ácido fosfórico pueden producir cambios en la secreción de una hormona que regula el metabolismo óseo y que podría aumentar la pérdida de hueso.

Los alimentos saludables, son aquellos alimentos capaces de provocar un impacto positivo sobre la salud de las personas que los consumen, así como sobre su desarrollo físico o sobre su salud mental, al margen de contribuir al aporte dietético de nutrientes, además favorecen algún componente con una actividad positivamente favorable en el ámbito de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

En este caso el consumo de 1000 a 1300 gr. de calcio, mineral que se encuentra en mayor cantidad en los lácteos y derivados, durante la etapa de la adolescencia y consiguientes etapas, contribuyen a que se llegue a un máximo nivel de masa ósea, la cual disminuye el riesgo de la incidencia de la osteoporosis y la aparición de fracturas. Por otro lado, el consumo de por lo menos 5 raciones de verduras y frutas al día, proporcionan contenidos en vitaminas, fibra dietética y compuestos fotoquímicos, los cuales tienen efecto reductor del riesgo frente al desarrollo de cánceres, obesidad, diabetes y de enfermedades coronarias. El consumo adecuado de carne de pescado, por lo menos 3 veces a la semana, tienen un efecto saludable, pues se ha observado que su consumo frecuente está asociado a la disminución de la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Por último, la ingesta diaria mínima de 2 litros de agua, disminuye la incidencia de sobrepeso y obesidad, pues se ha observado que su consumo, disminuye la ansiedad por comer, además que ayuda eliminar más rápido las toxinas del organismo.

Se puede afirmar, que los hábitos alimentarios de los adolescentes no son saludables, observándose que varios omiten comidas, y el consumo de alimentos saludables, frente a los no saludables es deficiente, lo cual los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles tales como obesidad, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis.

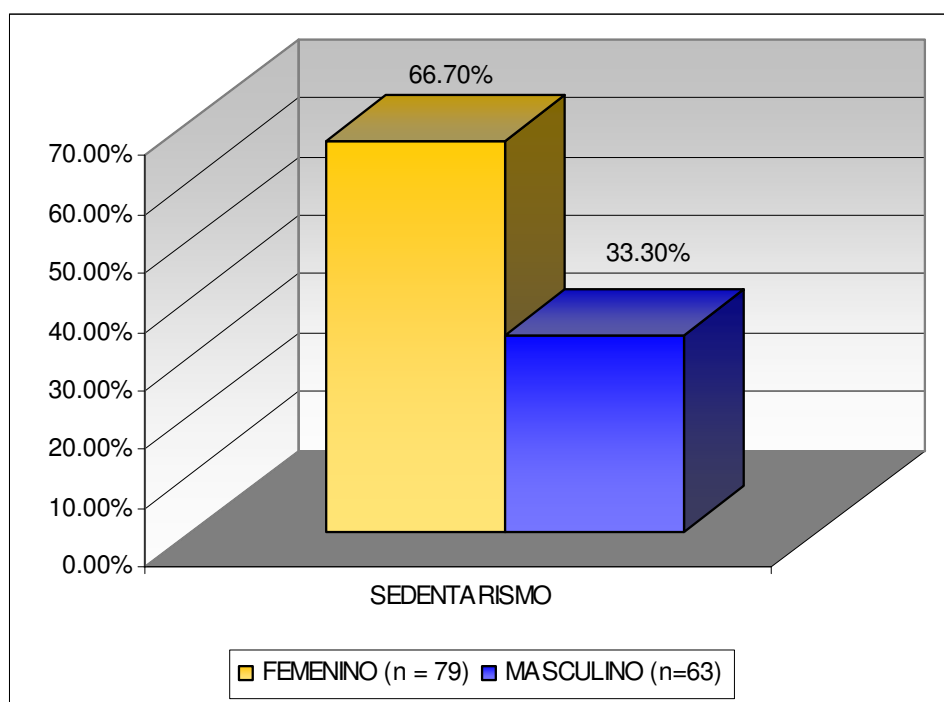
GRAFICO N° 3

HÁBITOS DE SEDENTARISMO SEGÚN SEXO EN LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO

JOSE CARLOS MARIATEGUI

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007



En relación al índice de sedentarismo con respecto al sexo, en el Gráfico N° 5 detalla que, el 67% del grupo femenino y el 33.30% del masculino son sedentarios.

Entre las actividades sedentarias más frecuentes en los adolescentes del sexo femenino se tiene: ver televisión con un 74.68% del total de este grupo con un promedio de 5.28 horas diarias, y escuchar música (sentada o echada)

con un 49.37%, con un promedio de 2.5 horas diarias. En cuanto al grupo de sexo masculino, se ve que el 58.73% del total de este grupo, ve televisión, con un promedio de 4.61 horas diarias y el 52.38% usa el Internet o videojuegos, con un promedio de 4.27 horas al día. (Ver anexo P)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el sedentarismo es uno de los factores de riesgo más importantes de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles, junto con la alimentación inadecuada y el tabaquismo.

El sedentarismo, ha sido considerado en los últimos años como uno de los problemas de salud pública más importantes y prevalentes. Se considera a una persona sedentaria, cuando realiza menos de 30 minutos de actividad física tres veces por semana.

En el último decenio, con el desarrollo tecnológico u mecánico, se han reducido progresivamente los niveles cotidianos de actividad física de las personas, apareciendo una nueva conducta denominada sedentarismo.

Por lo tanto se puede aseverar que hay un alto índice de sedentarismo, en la población estudiada, el cual es un factor de riesgo, para las enfermedades crónicas no transmisibles, como la obesidad, diabetes mellitus, osteoporosis y enfermedades cardiovasculares.

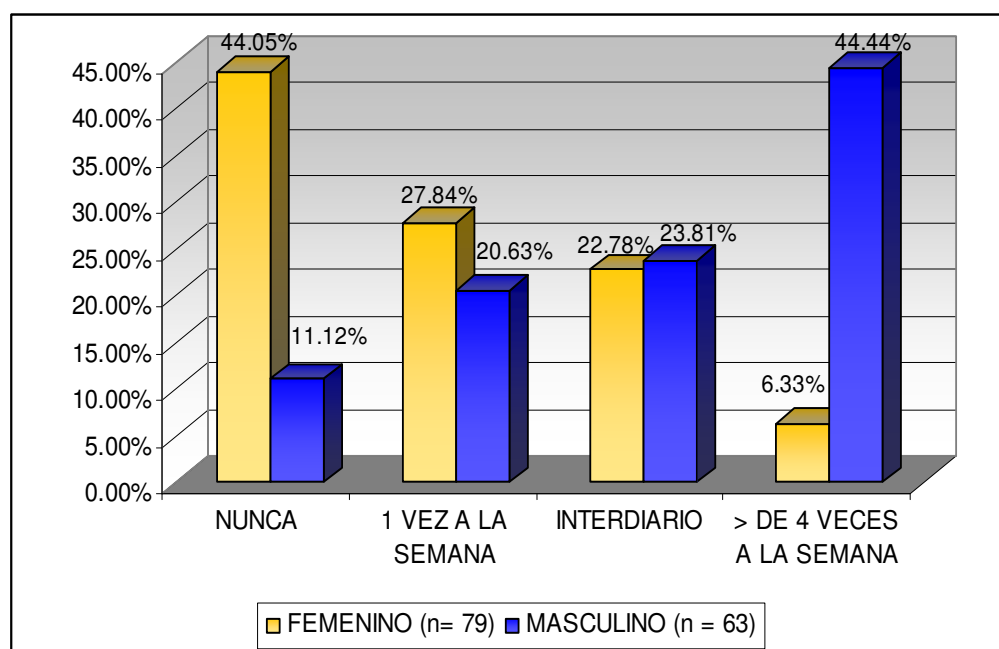
GRAFICO N° 4

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FISICA SEGÚN SEXO EN LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO

JOSE CARLOS MARIATEGUI

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007



En relación con la frecuencia de actividad física según el sexo, el Gráfico N° 5, describe, que del grupo femenino, el 44.05% no realiza actividad física, el 27.84% realiza actividad física 1 vez a la semana, un 22.78% lo hace interdiario y un 6.33% hace actividad física más de 4 veces a la semana. En cuanto al grupo masculino, el 11.12% no realiza actividad física, el 20.63% lleva a cabo actividad física 1 vez a la semana, el 23.18%, en frecuencia interdiaria y el 44.44% realiza actividad física mas de 4 veces a la semana.

Además se encontró que la ejecución de actividad física, va disminuyendo con la edad, se tiene en el grupo femenino que el 30.38% del total, realizan actividad física, y tienen edades entre 10 a 12 años, el 18.99% tiene edades entre 13 y 15 años y el 6.33% están entre los 16 a 19 años de edad, en cambio, en el grupo masculino el 38.10% del total, realizan actividad física, y tienen edades entre 10 a 12 años, el 26.99% tiene edades entre 13 y 15 años y el 20.63% están entre los 16 a 19 años de edad. (Ver anexo Q)

Se puede observar además, que las actividades físicas preferidas entre los adolescentes, según el sexo, se tiene que entre las mujeres es el voley, con un 30.38% del total, mientras que en los varones es el fútbol con 66.67%, del total. (Ver anexo R)

Los datos epidemiológicos prueban que la actividad física desempeña un papel importante en la prevención de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. La actividad muscular, la gravedad y la carga mecánica estimulan el crecimiento de las células óseas lo que ocasiona un incremento de la masa ósea, siendo un factor preventivo de la osteoporosis. Además reduce el riesgo de cardiopatía coronaria al retardar la aterogénesis, aumenta la vascularidad del miocardio y la fibrinólisis; al modificar otros factores de riesgo, como el incremento en el colesterol de HDL, al mejorar la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina, ayudar en el control de peso y reducir la presión arterial.

Así pues, es la actividad física permanente por sí misma, más que la actividad física infrecuente, lo que protege contra un aumento de peso perjudicial para la salud. En este sentido, se recomienda practicar 30 minutos diarios de actividad física moderada —como caminar, bailar, subir escaleras o montar bicicleta— por lo menos cinco veces a la semana. Según esta recomendación, los 30 minutos de este tipo de actividad no necesitan realizarse

en una sola sesión, pues pueden acumularse durante el día en tandas de 10 minutos cada una.

Se deduce que de la población estudiada, el grupo femenino tiene índices bajos de una actividad física adecuada, a diferencia del grupo masculino, el cual tiene un porcentaje considerable de los que realizan actividad física, la cual va disminuyendo con la edad para ambos grupos, y que los predispone a una vida más sedentaria, que es un factor de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la osteoporosis.

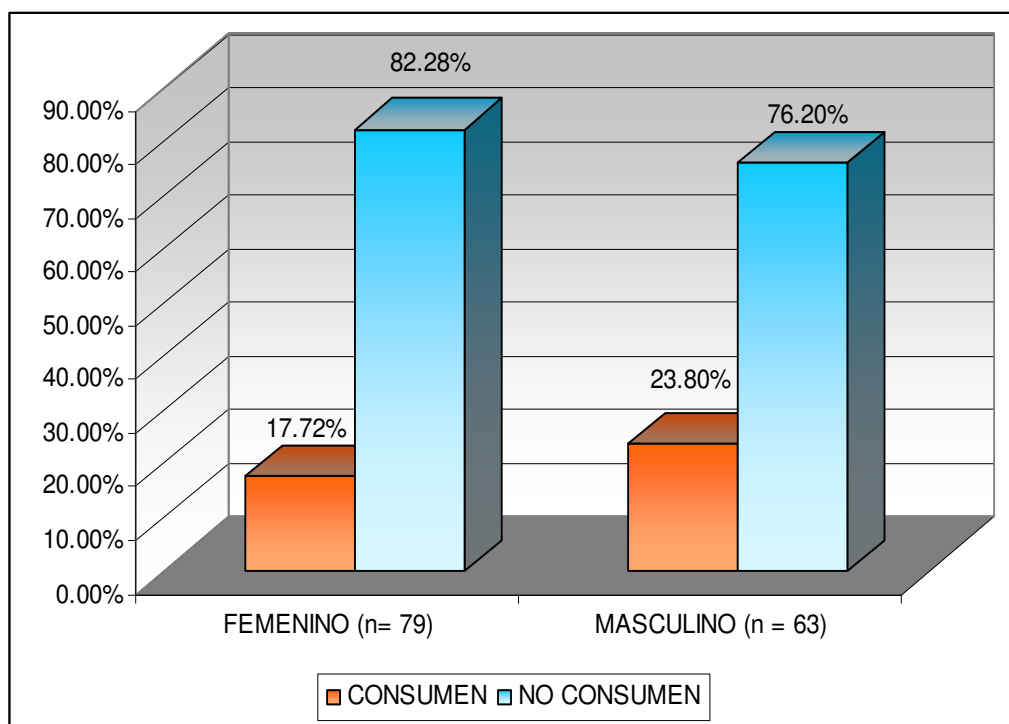
GRAFICO N° 5

HABITOS DE CONSUMO DE CIGARRO SEGÚN SEXO EN LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO

JOSE CARLOS MARIATEGUI

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007



En el Gráfico N° 6, se identifica que el hábito de consumo de cigarro según el sexo, el 17.72% de los adolescentes de sexo femenino consume cigarrillos, frente a el 82.28% que no consume cigarro, mientras que en el grupo masculino, el 23.80% consume cigarrillos y el 76.20% no los consume.

En cuanto a la frecuencia de consumo de la sustancia referida, según el sexo es el siguiente: del grupo femenino un 12.66% consume cigarro mensual y el 2.53% de modo semanal. Con respecto al grupo masculino, el 11.11% consume cigarros en forma mensual y el 12.70% lo hace semanal. (Ver Anexo S)

El hábito de fumar ejerce efectos tóxicos sobre múltiples tejidos y sistemas del organismo y los signos y síntomas asociados con el cigarrillo se hacen evidentes a edades mas avanzadas, usualmente varias décadas después del comienzo del hábito. La lista de enfermedades relacionadas con el tabaco es larga, pero esta información rara vez llega a los adolescentes, porque las enfermedades realmente graves no aparecen de manera inmediata y ni siquiera en un plazo de 5 a 10 años. El periodo de latencia es largo, de 20 a 40 años, y la mayoría de adolescentes viven para el hoy, a lo mucho, para el mes próximo y no se paran a considerar su futuro lejano.

Los informes de la OMS indican que tres de cada cinco jóvenes que prueban el tabaco se volverán fumadores cotidianos adictos a la nicotina al llegar a la edad adulta, de los cuales la mitad de ellos tendrá una muerte prematura.

Por lo tanto, se puede afirmar que un grupo menor de los adolescentes de la población estudiada, ya han empezado a consumir cigarros, lo cual los ponen en riesgo de que se convierta en hábito e incluso, una adicción, lo que predispone a los adolescentes en el futuro a alguna enfermedad crónica no transmisible, en especial el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

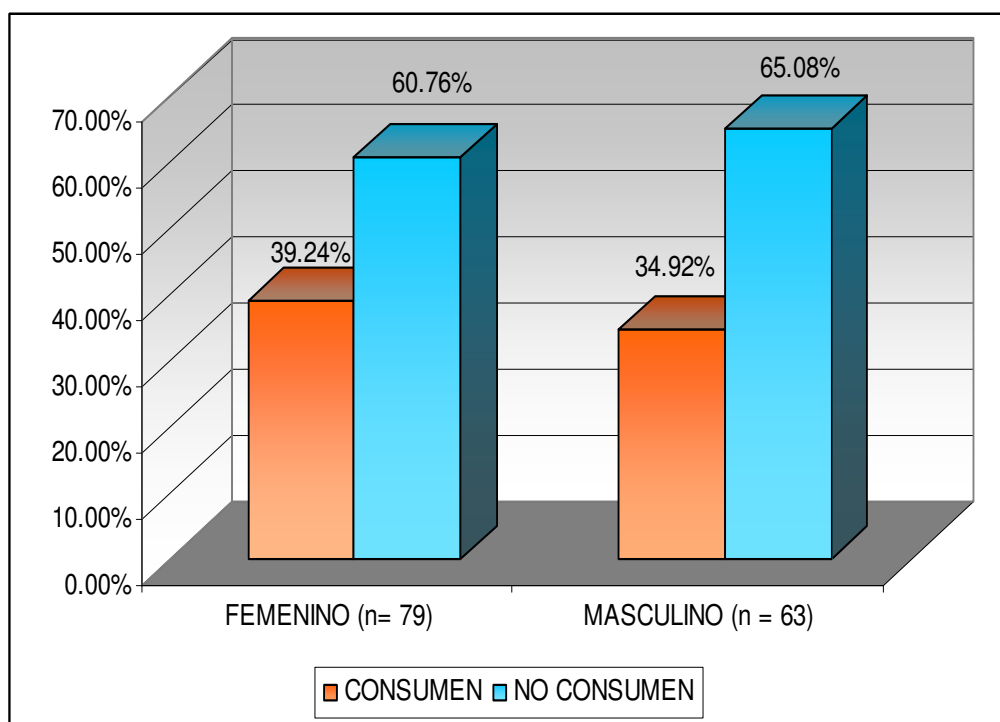
GRAFICO N° 6

HABITOS DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO EN LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO

JOSE CARLOS MARIATEGUI

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007



En el gráfico N° 7, con respecto al consumo de alcohol según sexo, se detalla que el 39.24 % del total del grupo femenino ingiere alcohol, frente a un 60.76% que no lo hace, mientras que del total del grupo masculino, el 34.92% consumen bebidas alcohólicas, y el 65.08% no poseen el hábito.

Con respecto a la frecuencia de consumo de alcohol según el sexo, se observa que en el grupo femenino, el 30.38% consumen bebidas alcohólicas de manera mensual, el 7.6% lo hace semanal y un 1.26% lo hace interdiario; en cuanto al grupo masculino, se puede observar que el 7.94% consumen bebidas alcohólicas mensualmente, el 25.40% lo hace semanal, y un 1.58% lo hacen interdiario. (Ver Anexo T)

El alcohol produce sobre el organismo efecto tóxico directo y efecto sedante; además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados conduce a carencias en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, lo cual complica la situación. Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras de estómago y de duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en el sistema nervioso central y periférico. El alcohol afecta tanto a los niveles de triglicéridos totales, como de colesterol de lipoproteínas de alta densidad. Los efectos del alcohol sobre los niveles de triglicéridos dependen de la dosis y son mejores en personas con niveles > 150 mg/dl.

El informe mundial de la salud muestra que existe una relación entre el volumen medio de alcohol consumido y más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos. En la mayoría de los casos esa relación de causa y efecto es perjudicial, pero se han documentado algunos beneficios en caso de cardiopatías y diabetes. Se ha estimado que el alcohol causa a nivel mundial aproximadamente entre un 20% y 30% de daños a la salud como: cáncer de esófago, cáncer de hígado, cirrosis hepática, homicidio, epilepsia y accidentes de tráfico. De estos problemas entre el 50% y 75% se presentan en hombres ⁽⁴⁾.

Se puede aseverar que un grupo de la población en estudio, ya consume bebidas alcohólicas, y algunos de ellos lo hace con una frecuencia semanal e interdiario, el cual se puede convertir en hábito nocivo y el riesgo de llegar a

una adicción, lo que hace más susceptibles a los adolescentes a una enfermedad crónica no transmisible, como el cáncer, la diabetes, la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

CONCLUSIONES

- El 88.73% de los adolescentes tienen hábitos alimentarios “no saludables”, así se evidencia que el 31% del total de los adolescentes omiten comidas; el consumo de alimentos saludables (lácteos, frutas, verduras, pescado y agua) en más del 80% de la población estudiada es deficiente; mientras que el consumo de alimentos “no saludables”, en la mayoría de los adolescentes es alto, lo cual los pone en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cáncer y osteoporosis.
- El índice de sedentarismo en los adolescentes es de 52.10 %, siendo más elevado el índice de sedentarismo entre las mujeres (67%) que en los varones (33.30%). La actividad sedentaria más frecuente en ellos es el ver televisión. Por lo que el sedentarismo es un factor de riesgo para

- la obesidad, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis.
- El hábito de actividad física adecuada (es decir, mayor a 4 veces a la semana) es bajo en los adolescentes del sexo femenino con un 6.33% que en los varones con un 44.44%, y va disminuyendo conforme aumenta la edad. Las actividades físicas que realizan con más frecuencia son: el voley, en el grupo femenino y el fútbol, para el grupo masculino.
- Dentro de los hábitos de consumo de tabaco en los adolescentes, el índice es de 20.42% y la frecuencia de fumar cigarros es semanal o mensual, lo cual es un riesgo de que este hábito en el futuro se realice con mayor frecuencia, lo que expone a los adolescentes a enfermedades tales como el cáncer, y las enfermedades cardiovasculares.
- Los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes es de un 37.32%, dándose este consumo con una frecuencia mensual y semanal, lo que los pone en riesgo a que el consumo de alcohol se vuelva más frecuente, lo que pone en riesgo a los adolescentes a enfermedades como cáncer y enfermedades cardiovasculares.

Respondiendo a la hipótesis planteada, se concluye que los hábitos de vida de los adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui los pone en riesgo a las Enfermedades Crónicas no transmisibles, y se evidencia por los índices de sobrepeso, obesidad y aumento del perímetro de cintura, encontrados en la población el que los predispone en la adquisición de estas enfermedades en el futuro.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios similares en poblaciones diferenciadas, pertenecientes al mismo grupo étnico, y en la población infantil para así poder consolidar los resultados obtenidos en la presente investigación.
- Incluir estos conocimientos en los programas educativos que brinda el profesional de enfermería y para desarrollar programas ó campañas de prevención de las Enfermedades Crónicas no transmisibles, y la promoción de hábitos saludables, en especial en la etapa de la adolescencia a fin de mejorar la calidad de vida.
- Promover el consumo frecuente y adecuado de alimentos saludables, y la disminución del consumo de alimentos “no saludables”, promover la realización actividad física frecuente y la restricción del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, a través de actividades de índole educativo, en la población general y en especial en los adolescentes y niños.

LIMITACIONES

- Las conclusiones de la presente investigación no se puede extrapolar a los adolescentes de otras poblaciones, sin embargo es probable que se encuentren resultados similares en poblaciones de características similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) OMS. Trabajar en Pro de la salud: Presentación de la Organización Mundial de la Salud Génova. 2006. Pág. 12, 13, 22
- (2) OMS. Vigilancia de las Enfermedades no Transmisibles. Ginebra. 2004. Pág. 10
- (3) OPS. Promoción de la salud: Una antología. Publicación Científica N° 557 Washington D.C. 1996, Pág. 194
- (4) JENKINS C. DAVIS. Mejoremos la salud a todas las edades: Un manual para el cambio de comportamiento. OPS. Publicación científica N° 590 Washington D.C. 2005. Pág. 178, 225, 227, 229, 231, 239, 240, 246, 264.
- (5) Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles del adulto: Conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria. 1994. Pág. 53
- (6) INEI “Perú : Mortalidad Infantil, Pobreza y Condiciones de vida” Lima- Perú 2002
- (7) OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. – Informe Técnico 916. Singapore 2003, Pág. 11, 13, 158, 176
- (8) PETER MC COLL Y COLABORADORES. “Prevalencia de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso”. Revista Chilena de Pediatría. Volumen 73. N° 5. Santiago de Chile. Setiembre 2002
- (9) PIZARRO, C. “Hábitos de vida en una población escolar de Mataró (España) asociado al número de veces diarias que ve televisión y al consumo de azúcares”. Revista Especial de Salud Pública. Volumen 71. N° 5. Madrid 1997
- (10) CASTILLO GERMÁN, GABRIEL Y OTROS. “Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle”. Cali – Colombia. 2002

- (11) STERN WILLIAM. Aportaciones a la psicología de la personalidad. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1967. Pág. 234, 351
- (12) Aristóteles. Ética a Nicómaco. Pág. 24
- (13) ELENA GONZALES. Nutrición de Sanidad y Salud. Ministerio de Sanidad y Salud. Madrid – España Pág. 15, 17
- (14) MARTÍNEZ, ALFREDO. Alimentación y Salud Pública. 2º Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Madrid- España. 2002, Pág. 580, 581
- (15) MADRUGA ACEROTE, DIANA. Alimentación del Adolescente. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. España 2003. Pág. 16
- (16) WELNA B. FREIRE. Nutrición y Vida Activa. Publicación Científica y técnica N° 612 – OPS. Washington D.C. 2006. Pág. 134, 153, 211, 212, 213
- (17) M.J. SAGREDO. “Hábitos Alimenticios y antropometría en adolescentes navarros” España 1999. Pág. 09
- (18) E. SHILS, MAURICE. Nutrición en Salud y Enfermedad.- 9º Edición- Editorial Mc Graw Hill Interamericana- México 2002, Pág. 368, 569
- (19) IV Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura- “Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables”. Pág. 31, 32
- (20) OPS “La salud del adolescente y del joven”- Publicación Científica N° 552 Washington D.C. 1995, pag 221
- (21) ICIAR ASTIASARAN. Nutrición en la Práctica Sanitaria. Editorial Díaz de Santos. España. 2003. Pág. 36
- (22) ORIA, EDUARDO. “Factores preventivos y Nutricionales de la Osteoporosis”. Anales Sanitarios Navarros. Vol. 26. Suplemento 3. 2003. Pág. 81
- (23) OMS. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Washington. Mayo 2004. Pág. 11

- (24) URTEAGA, CARMEN. Alimentación Saludable. Departamento de Nutrición Facultad de Medicina – Universidad Católica de Chile 1999. Pág. 28
- (25) MINSA. Día Mundial de la Alimentación Lima Perú 16 de Octubre del 2002 <http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/efemerides/diaalimentacion/diaalimentacion.htm>
- (26) SANDRA MURILLO. Obesidad en escolares. Instituto de Nutrición de Centro América Y Panamá. Guatemala. 2002. Pág. 33, 42
- (27) JACKSON, PORTIA Y COL. “Las Golosinas en la Alimentación Infantil. Análisis Antropológico Nutricional” Revista Médica de Chile. v.132 n.10 Santiago octubre. 2004. Pág. 1237
- (28) OPS/OMS. Por una Juventud Sin Tabaco. Publicación Científica y Técnica N° 579. Washington. EUA. 2001. Pág. 9, 14
- (29) INEI. Análisis de la Situación del Perú 2002. Lima- Perú. Pág. 23
- (30) CHÁVEZ-FERNÁNDEZ, M. - INSTITUTO APOYO. Informe sobre la situación del consumo de tabaco en menores de edad y programas de prevención de fumar en menores en el Perú. Lima; DANJES; 2004. Pág. 69
- (31) LIGA PERUANA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. Tabaco: Un Enfoque Multidisciplinario. Lima. Perú. 1996. Pág. 18
- (32) SALAZAR, LIGIA. Proyecto Vigilancia de las enfermedades crónicas en el Valle del Cauca. Énfasis en cardiovasculares: Un enfoque desde la promoción de la salud CEDETES – Universidad del Valle. Santiago de Cali, Julio – Diciembre de 2003. Pág. 365
- (33) MURPHY, ELIANE. La promoción de Comportamientos Saludables. Washington, D.C. 2005. Pág. 260
- (34) CORTÉS VALDIVIA, RAFAEL. “Hábitos de vida, salud y productividad”, Universidad del Pacífico, Lima 2003. Pág. 42
- (35) MUSTILLO, A. Sobre las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y la Pobreza. Revista Medica Honduras Vol. 73. 2005. Pág. 58

- (36) PAJUELO, JAIME. “La obesidad infantil en el Perú”. Facultad de Medicina UNMSM. Lima Perú 2003. Pág. 11, 45
- (37) BURROWS R. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas del adulto. Revista Médica Chile 2000; Pág. 113
- (38) OPS. Conocimientos actuales sobre nutrición. Publicación Científica y Técnica N° 592- 8° Edición- Washington D.C. – 2003. Pág. 527
- (39) FAO. Enfermedades crónicas con implicaciones nutricionales. www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0r.htm.
- (40) SOLIS, CECILIA. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños de Enfermedades No Transmisibles. MINSA. LIMA – PERU. Presentación en Power Point.
- (41) OMS “Informe sobre la salud en el mundo” Ginebra 2004
- (42) ZANCHETA, JOSÉ R. Osteoporosis: Fisiopatología, Diagnóstico, Prevención y Tratamiento. Médica Panamericana. Buenos Aires. 2001
- (43) OMS. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Washington 27 de enero de 2000. Pág. 5
- (44) OPS. Promoción de la Salud en las Américas. Washington, D.C. OPS. 2001. Pág. 11
- (45) OPS/OMS. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe. Washington D.C. 1997-2000. Pág. 210
- (46) SOCIEDAD PERUANA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD. Promoción y cuidado de la salud de adolescentes y jóvenes: haciendo realidad el derecho a la salud. Lima- Perú. 2004
- (47) OPS. La salud de los jóvenes: Un reto y una esperanza. Ginebra. 1995. Pág.9, 157
- (48) OPS. La Enfermería en las Américas. Washington, D.C; OPSOMS; 1999 (Publicación Científica, 571.

- (49) MARRINER TOMEY, ANN. Modelos y teorías en enfermería. Madrid HACOURT BRACE. 1999. Pág. 54
- (50) LONG, BARBARA C. Enfermería Medicoquirúrgica: Un Enfoque del Proceso de Enfermería. Madrid. HARCOURT BRACE; 1998. Pág. 5
- (51) ALIAGA HUIDOBRO, E. Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: retos y perspectivas. Lima. Foro Salud. 2003.
- (52) SMELTZER, SUZANNE. Enfermería Medicoquirúrgico de Brunner y Suddarth” México D.F; McGraw-Hill Interamericana; 2002. Pág

BIBLIOGRAFÍA

- ALIAGA HUIDOBRO E. Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: retos y perspectivas” Lima; ForoSalud; 2003.
- ARISTÓTELES. Etica a Nicómaco. Pág. 24
- ALVA, MARTÍN. Promocionando salud: Entre el discurso y la práctica. Perú. 2005
- BIOCCA, SAÚL Educación para la salud. Editorial Kapeluz- Buenos Aires- Argentina 1988
- BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO Las prioridades de la salud. Washington. D.C. 2006
- BURTH, MARTHA ¿Por qué debemos invertir en el adolescente?. OPS. Washington DC 1998
- CHÁVEZ-FERNÁNDEZ Informe sobre la situación del consumo de tabaco en menores de edad y programas de prevención de fumar en menores en el Perú. Instituto Apoyo Lima. DANJES; 2004.
- DU GAS, B. Tratado de Enfermería Práctica”México; Mc Graw Hill Interamericana. 2000
- E. SHILS, MAURICE Nutrición en Salud y Enfermedad. 9º Edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana México 2002

- ELENA GONZALES. Nutrición de Sanidad y Salud. Ministerio de Sanidad y Salud. Madrid – España
- HERNÁNDEZ, SAMPIERI Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill Interamericana – México 2003
- ICIAR ASTIASARAN Nutrición en la Práctica Sanitaria. Editorial Diaz de Santos. España. 2003.
- INEI Análisis de la Situación del Perú 2002. Lima- Perú.
- INEI Perú : Mortalidad Infantil, Pobreza y Condiciones de vida Lima- Perú 2002
- LANDROVE, ORLANDO Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención cubano. Reporte Técnico de Vigilancia Noviembre-Diciembre 2005
- LIGA PERUANA DE. LUCHA CONTRA. EL CANCER Tabaco: Un Enfoque Multidisciplinario. Lima. Perú. 1996
- LONG, BARBARA C Enfermería medicoquirúrgica: Un Enfoque del Proceso de Enfermería. Madrid - España. HARCOURT BRACE; 1998
- M.J. SAGREDO. Hábitos Alimenticios y antropometría en adolescentes navarros. España 1999.
- MADRUGA, DIANA. Alimentación del Adolescente. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. España 2003.
- MARRINER, ANN Modelos y teorías en enfermería. Madrid Hacourt Brace. 1999.

MARTÍNEZ, ALFREDO	Alimentación y Salud Pública. 2º Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Madrid- España. 2002.
MINSA	Ficha de prevención integral del adolescente
MINSA.	Día Mundial de la Alimentación Lima Perú 16 de Octubre del 2002 http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/efemerides/diaalimentacion/diaalimentacion.htm
MURILLO, SANDRA.	Obesidad en escolares. Instituto de Nutrición de Centro América Y Panamá. Guatemala. 2002.
MURPHY, ELIANE	La promoción de comportamientos saludables. Washington, D.C. 2005
MARTÍNEZ, ALFREDO	Alimentación y salud pública. 2º Edición- Editorial Mc Graw Hill Interamericana- Madrid- España 2002
OMS	Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra 2004
OMS	Vigilancia de las Enfermedades no Transmisibles. Ginebra. 2004
OMS	Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe técnico 916- Singapore 2003
OMS	Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual: Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud pública” Geneva; OMS; 2006
OMS	Informe sobre la salud en el mundo” Ginebra 2004
OMS	Trabajar en Pro de la salud: presentación de la Organización Mundial de la Salud. Génova 2006

OMS	Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Washington. Mayo 2004.
OMS	Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Washington 27 de enero de 2000.
OPS	Comunicación y Salud en las Facultades de Comunicación Social de América Latina: Salud de los Adolescentes y Jóvenes con eje sociocultural” Mayo del 2000
OPS	La salud del adolescente y del joven”- Publicación Científica N° 552 Washington D.C. 1995
OPS	Mejoremos la salud a todas las edades: Un manual para el cambio de comportamiento”- Publicación científica N° 590 Washington D.C. 2005
OPS	Promoción de la salud: Una antología. Publicación Científica N° 557 Washington D.C. 1996
OPS	La salud de los jóvenes: Un reto y una esperanza Ginebra 1995
OPS	Análisis Económico de la Demanda de Tabaco. Washington. D.C. 2004
OPS	Conocimientos actuales sobre nutrición. Publicación Científica y Técnica N° 592- 8° Edición- Washington D.C. 2003
OPS	Promoción de la Salud en las Américas Washington, D.C; OPS; 2001
OPS	La Enfermería en las Américas” Washington, D.C; OPS/OMS; 1999 (Publicación Científica, 571).
OPS/OMS	Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe” -Washington D.C.- 1997-2000

OPS/OMS	Por una salud integral sin tabaco “Publicación Científica y Técnica N° 579 – Washington D.C. 2001
PAJUELO, JAIME	La obesidad infantil en el Perú. Facultad de Medicina UNMSM- Lima Perú 2003
POTTER/PERRY	Fundamentos de Enfermería 5° Edición- Editorial Harcourt- Océano- España 2003
SALAZAR, LIGIA	Proyecto Vigilancia de las enfermedades crónicas en el Valle del Cauca. Énfasis en cardiovasculares: Un enfoque desde la promoción de la salud CEDETES – Universidad del Valle. Santiago de Cali, Julio – Diciembre de 2003.
SMELTZER, SUZANNE	Enfermería Medicoquirúrgico de Brunner y Suddarth. México D.F. McGraw-Hill Interamericana. 2002
SOCIEDAD PERUANA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	Promoción y cuidado de la salud de adolescentes y jóvenes haciendo realidad el derecho a la salud. Lima- Perú. 2004
SOLIS, CECILIA	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños de Enfermedades No Transmisibles. MINSA. LIMA – PERU. Presentación en Power Point.
STERN WILLIAM.	Aportaciones a la psicología de la personalidad. Buenos Aires. Editorial Paidos. 1967.
URTEAGA, CARMEN	Alimentación Saludable. Departamento de Nutrición Facultad de Medicina – Universidad Católica de Chile 1999.
WELNA B. FREIRE.	Nutrición y Vida Activa. Publicación Científica y técnica N° 612 – OPS. Washington D.C. 2006.

ZANCHETA, JOSÉ R. Osteoporosis: Fisiopatología, Diagnóstico, Prevención y Tratamiento. Médica Panamericana. Buenos Aires. 2001

Revistas y Tesis

- IV Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura- “Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables”
- Anales Sanitarios Navarros. “Factores preventivos y Nutricionales de la Osteoporosis”.. Oria, Eduardo Vol. 26. Suplemento 3. 2003
- Archivos Pediátricos del Adolescente “¿Se pueden conseguir hábitos saludables en la población infantil desde atención primaria” Patick K. Calfas – Volumen 2, N° 2, 2006
- Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles del adulto: Conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria. 1994.
- Castillo Germán, Gabriel “Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle”- y otros Cali, Colombia en el año 2002
- Cortés Valdivia, Rafael. “Hábitos de vida, salud y productividad”, Universidad del Pacífico, Lima 2003.
- Revista Chilena de Pediatría “Prevalencia de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso” Peter Mc Coll y Colaboradores - Volumen 73, N° 5, Santiago, setiembre 2002
- Revista Especial de Salud Pública “Hábitos de vida en una población escolar de Mataró (España) asociado al número de veces diarias que ve

televisión y al consumo de azúcares” Pizarro, c. Y Volumen 71, N° 5, Madrid 1997

- Revista Médica de Chile. “Las Golosinas en la Alimentación Infantil. Análisis Antropológico Nutricional” Jackson, Portia y Col. v.132 n.10 Santiago octubre. 2004.
- Revista Médica Chile. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas del adulto. Burrows R 2000.
- Revista Medica Honduras “Sobre las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y la Pobreza.” Mustillo, A Vol. 73. 2005.
- Revista de Salud Pública de México “La Salud de Adolescentes: Cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana” Dr. José I. Santos – Volumen 45, suplemento 1, Cuernavaca 2003

ANEXO “A”

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Hábitos de vida de los adolescentes	Son todas las actividades racionales que las personas realizan con frecuencia, es decir de manera repetitiva y permanente, las cuales forman parte de su vida diaria, e influyen directamente en su salud	Son determinadas acciones que realizan los adolescentes, de manera repetitiva y permanente, las cuales los ponen en riesgo a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, y están determinadas por los hábitos alimentarios, hábitos de actividad física y sedentarismo, hábitos de consumo de alcohol y tabaco.	<p>Hábitos Alimentarios</p> <p>Hábitos de sedentarismo y actividad física.</p> <p>Hábitos de consumo de tabaco</p> <p>Hábitos de consumo de alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N° de comidas al día • Frecuencia y ración de consumo de alimentos • Tipos de hábitos sedentarios • Frecuencia y horas invertidas en los hábitos sedentarios. • Frecuencia y horas invertidas en actividades físicas. • Consumo actual de tabaco. • Frecuencia y n° de cigarros diarios que consumen. • Consumo actual de alcohol. • Frecuencia y n° de vasos diarios que consumen.

Enfer- medades Crónicas No Transmi- sibles	Son enfermedades de etiología incierta, habitualmente no tienen resolución espontánea en el tiempo y que su origen depende mucho de la adquisición de hábitos de vida no saludables. Tenemos principalmen- te a la obe- sidad, la dia- betes mellitus, las enferme- dades cardio- vasculares, algunos tipos de cáncer y la osteoporosis, y estas son causas de cada vez más importantes de discapacidad y muerte prematura. .	Son enfermedades de etiología incierta, habitualmente no tienen resolución espontánea en el tiempo y que su origen depende mucho de la adquisición de hábitos de vida no saludables especialmente en la adolescencia. Tenemos principalmen- te a la obe- sidad, la dia- betes mellitus, las enferme- dades cardio- vasculares, algunos tipos de cáncer y la osteoporosis.	Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso • Sedentarismo • Consumo en exceso de alimentos “no saludables” y ricos en calorías. • Ingesta pobre de agua, verduras y frutas.
			Diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso u obesidad. • Ingesta de alimentos ricos en calorías. • Sedentarismo. • Consumo de alcohol • Bajo consumo de agua, verduras y frutas.
			Enf. Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso u obesidad. • Ingesta en exceso de alimentos “no saludables” y deficiente ingesta de pescado, agua, verduras y frutas. • Consumo de alcohol y tabaco en exceso. • Sedentarismo.
			Cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo excesivo de alcohol. • Consumo habitual de tabaco. • Consumo de alimentos ricos en calorías y déficit en la ingesta de verduras y frutas.

			Osteoporosis	<ul style="list-style-type: none"> • Aporte menor de 1000 gr/d de Calcio. • Sedentarismo • Consumo de Gaseosas. • Consumo de mayor de 1 vaso/d de alcohol en mujeres y mayor de 2 vasos/d en varones. • Consumo frecuente de tabaco.
--	--	--	--------------	---

ANEXO B

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VALOR FINAL QUE ADPT. LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIG. ESE VALOR	PROCEDIMIENTOS PARA LA MEDICION	APROX. DE TECNICAS E INSTRUMENTOS	ESCALA DE MEDICION
Hábitos de vida de los adolescentes que los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)	Se adoptará este criterio cuando más del 50% de los hábitos de vida sean favorables al riesgo de las ECNT.	<ul style="list-style-type: none"> - Permiso para la ejecución del formulario. - Diseño del cuestionario. - Validar el instrumento por expertos. - Validez y confiabilidad del instrumento. - Realizar la entrevista aplicando la encuesta. - Procesar los datos y realizar un análisis de estos aplicando un cuadro de doble entrada para finalmente establecer las diferencias en porcentajes. 	<p>Técnica: Entrevista.</p> <p>Instrumento: Formulario</p>	Ordinal
Hábitos de vida de los adolescentes que no los ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles	Se adoptará este criterio cuando menos del 50% de los hábitos de vida sean favorables al riesgo de las ECNT.			Ordinal

ANEXO C

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
E.A.P. DE ENFERMERIA
2007

FORMULARIO

I. INTRODUCCIÓN

Buenos días mi nombre es Jacqueline Fenco Chero, interna de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; me encuentro realizando un estudio relacionado con los hábitos de vida de los adolescentes que ponen en riesgo a las enfermedades crónicas no transmisibles (como: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, algunos cánceres etc.), el cual tiene como objetivo recabar información sobre tus hábitos alimentarios, de sedentarismo, de actividad física, de consumo de alcohol y tabaco.

La encuesta es **anónima** y tiene una duración de aproximadamente 15 minutos, por lo que se te solicita que contestes a todas las preguntas con VERACIDAD. Posteriormente se te realizará la medición de peso, talla y perímetro de cintura,

Te agradezco anticipadamente tu valiosa colaboración, la cual contribuirá al éxito de la presente investigación:

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta un cuestionario, el cual identificará tus hábitos alimentarios, de sedentarismo, actividad física y consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco).

El entrevistador te realizará las siguientes preguntas, a los cuales responderás de acuerdo a la alternativa o alternativas que más se adecue con tus hábitos.

II. DATOS GENERALES

1. Edad : a. 10 - 12 años ☐

- b. 13 – 15 años ☐
- c. 15-17 años ☐
- d. 17 – 19 años ☐

2. Nivel de Estudios:

- a. Primaria ☐
- b. Secundaria ☐
- c. Superior ☐

III. DATOS ESPECIFICOS

A. HABITOS ALIMENTARIOS

1. ¿Cuántas comidas consumes al día?

DESAYUNO ☐

ALMUERZO ☐

CENA ☐

ENTRECOMIDAS ☐

2. En tu alimentación, con que frecuencia consumes:

ALIMENTOS	N° Raciones X día	Diario	Inter- diario	Semanal	Mensual	Nunca
Leche, yogurt o queso						
Carne (ave, res, hígado)						
Pescado, mariscos						
Huevos						
Frutas						
Verduras						
Cereales						

Menestras						
Agua						
Fideos						
Tubérculos (papa, camote, etc.)						
Panes						
Golosinas, postres						
Comida rápida (Hamburguesas, papas fritas, salchipapas, etc.)						
Bebidas envasadas (gaseosa, jugos envasados, etc.)						

B. HABITOS DE ACTIVIDAD FISICA Y SEDENTARISMO

1. Estudias Si ☐ No ☐

2. Trabajas? Si ☐ No ☐

3. Tu trabajo es de intensidad:

Ligera (permaneces sentado la mayor parte del tiempo) ☐

Moderada (caminas una buena parte del tiempo, cargas pesos moderados) ☐

Intensa (trabajos de construcción, cargas peso, excavación) ☐

4. En tu tiempo libre, con que frecuencia y por cuanto tiempo, realizas estas actividades

ACTIVIDADES	N° de horas x vez	Diario	Inter-diario	Semanal	Mensual	Nunca
Leer, estudiar						
Ver televisión						
Jugar videojuegos						
Escuchar música						
Labores domesticas						
Internet, trabajos en computadora,						
Descansar, dormir						
Practica de algún deporte						
Ir al Gimnasio						
Otros: (especificar)_____						

C. HABITOS DE CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

1. ¿Con que frecuencia y en que cantidad, consumes?

SUSTANCIAS	Cantidad X vez		Nunca	Diario	Inter-diario	Semanal	Mensual
Cigarro	N° de cigar.						
Bebida Alcohólica	N° de vasos						

2. ¿A que edad **comenzaste** usted **a fumar**? _____

3. ¿A que edad **comenzaste** usted **a beber alcohol**? _____

DATOS ANTROPOMETRICOS

FECHA DE NACIMIENTO: _____

PESO: _____ **KG.**

TALLA: _____ **Mt.**

IMC : _____

IMC:

1. Bajo peso ☐

2. Normal ☐

3. Sobrepeso ☐

4. Obesidad ☐

PERÍMETRO CINTURA: _____ **CM.**

P.Ab. < 88 MUJERES ☐

P.Ab >= 88 MUJERES ☐

P.Ab < 102 HOMBRES ☐

P.Ab >= 102 HOMBRES ☐

Muchas gracias por tu colaboración

ANEXO D
FOMRULA PARA LA DETERMINACION DE LA
MUESTRA

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha} * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población

$Z^2_{\alpha} = 1.96^2$ (porque la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p

d = precisión

$$n = \frac{84.303912}{0.597376}$$

$$n = 142$$

La muestra de acuerdo a la fórmula para población finita es de 142 adolescentes.

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....con D.N.I.....En pleno uso de mis facultades mentales y habiendo recibido información completa de la investigación que realiza la Srta. Jacqueline Maribel Fenco Chero, Interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, titulado: “Habitos de Vida de los Adolescentes del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui – Enero 2007” Acepto (que mi menor hijo) participe libremente en esta investigación estando conciente que puedo negarme.

Firma

ANEXO F

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ EXPERTO

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta y se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta a continuación.

Marque con un aspa (X) en SI ó NO, según corresponda de acuerdo a su criterio.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El numero de ítems son claros y entendibles			

Sugerencias:

Fecha:

Firma de Juez Experto

ANEXO G

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

	JUECES							
PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	VALOR BINOMIAL
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	0	1	1	1	1	0.062
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	0	1	1	1	1	0.062
					Σp			0.164

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

$$p = \frac{\Sigma p}{7} \qquad p = 0.164 / 7 \qquad p = 0.023$$

Si $p < 0.5$ el grado de concordancia es significativo de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.5 por lo tanto el grado de concordancia es significativa.

ANEXO H

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento se solicitó la opinión de los jueces expertos, además se realizó la prueba piloto en un total de 25 adolescentes de otra comunidad pero que tenían características similares a la población en estudio, cuyos resultados de dicha prueba se le aplicó la fórmula r de Pearson para determinar la validez interna de cada uno de los ítems; obteniéndose:

ITEM	PEARSON	ITEM	PEARSON	ITEM	PEARSON
1	0.36	9	0.48	17	0.25
2	0.25	10	0.23	18	0.204
3	0.32	11	0.28	19	0.34
4	0.30	12	0.62	20	0.35
5	0.66	13	0.40	21	0.25
6	0.32	14	0.60	22	0.39
7	0.30	15	0.32	23	0.36
8	0.33	16	0.33	24	0.23

Si $r > 0.20$ el instrumento es valido

Por lo tanto el instrumento según el coeficiente de r de Pearson es válido en todos los ítems.

ANEXO I

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Los resultados obtenidos de la prueba piloto sirvieron para determinar la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de Alfa de Crombach es la siguiente:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

K: número de preguntas 24

Si: Varianza de los puntajes de cada pregunta

St: Varianza de los puntajes totales del juicio emitido por cada experto

$$\alpha = \frac{24}{23} \left[\frac{1 - 21.4369}{193.21} \right]$$

$$= 1.043478261 (0.889048703)$$

$$= \mathbf{0.927703}$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO J

**EDAD PROMEDIO DE LOS ADOLESCENTES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JOSE
CARLOS MARIATEGUI
SAN JUAN DE MIRAFLORES
ENERO 2007**

EDAD	FEMENINO	MASCULINO
EDAD PROMEDIO	14.44	13.76
DS (Desv. Estándar)	+/- 2.96	+/- 2.93

ANEXO K

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADOLESCENTES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JOSE CARLOS MARIATEGUI
SAN JUAN DE MIRAFLORES
ENERO 2007**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FEMENINO MASCULINO		TOTAL
	Nº	Nº	Nº
PRIMARIA	13	9	22
SECUNDARIA	58	47	105
SUPERIOR	8	7	15
TOTAL	79	63	142

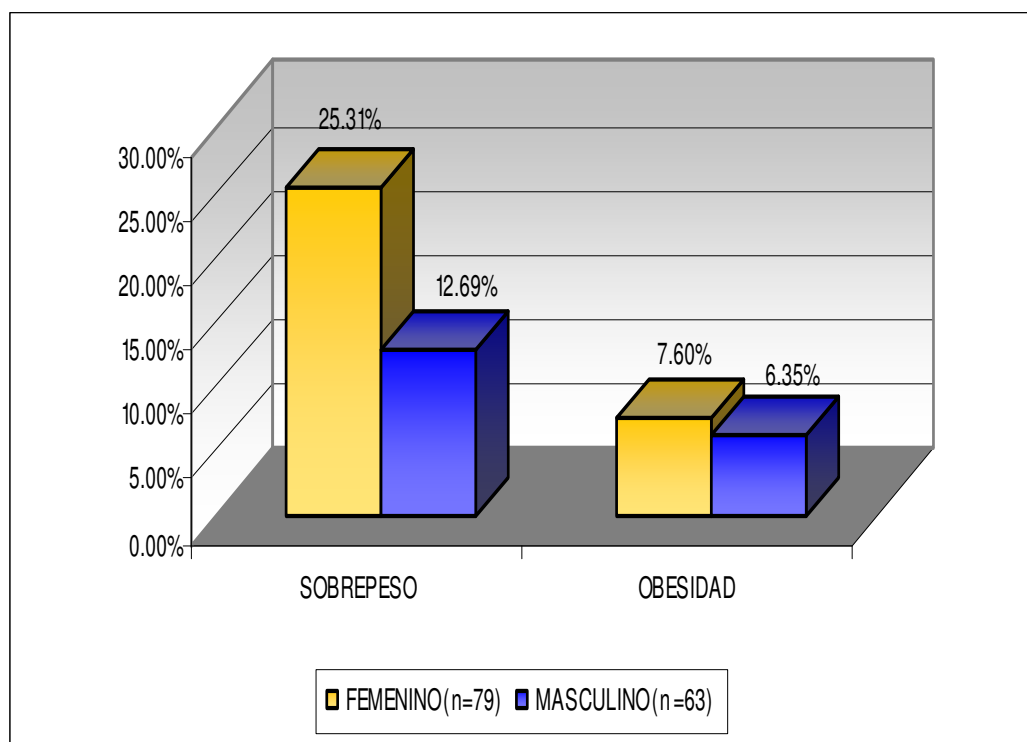
ANEXO L

INDICE DE SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN IMC DE LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO

JOSE CARLOS MARIATEGUI

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007



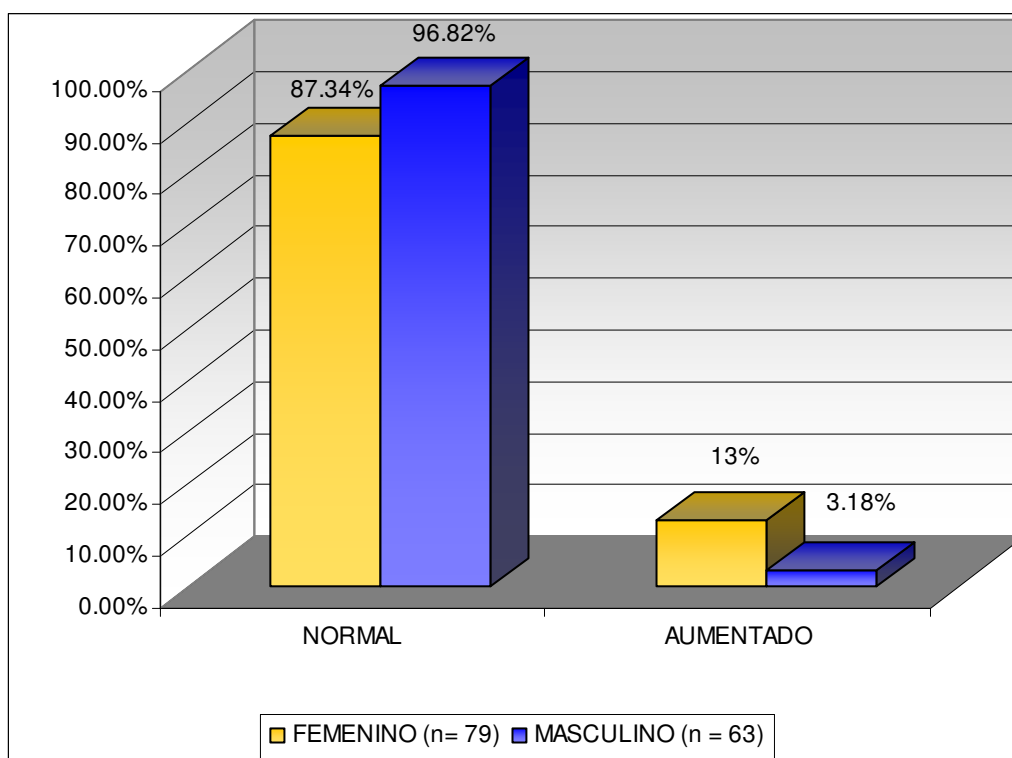
ANEXO M

INDICE DE PERIMETRO ABDOMINAL SEGÚN SEXO EN LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO

JOSE CARLOS MARIATEGUI

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007



ANEXO N

Nº DE COMIDAS AL DÍA QUE CONSUMEN LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO

JOSE CARLOS MARIATEGUI

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007

Nº DE COMIDAS AL DIA	FEMENINO (n = 79)		MASCULINO (n = 63)		TOTAL (n =142)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	10	12.7	1	1.6	11	7.7
2	28	35.4	5	7.9	33	23.3
3	26	32.9	35	55.5	61	43
4	8	10.1	12	19	20	14.1
5	7	8.9	10	16	17	11.9

ANEXO O

**CONSUMO DE ALIMENTOS EN LOS ADOLESCENTES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO
JOSE CARLOS MARIATEGUI
SAN JUAN DE MIRAFLORES
ENERO 2007**

ALIMENTOS	ALTO		MEDIO		BAJO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LACTEOS	0	0	26	18.3	116	81.7
CARNES	80	56.3	47	33.1	15	10.6
HUEVOS	11	7	60	42.3	71	50
PESCADO	5	3.5	27	19	109	76.5
FRUT Y VER	12	8.5	14	9.8	116	81.7
CEREALES	12	8.5	125	88	5	3.5
MENESTRAS	14	9.8	62	43.7	66	46.5
FIDEO	32	22.5	96	67.7	14	9.8
TUBERCULOS	45	31.7	76	53.5	21	14.8
AGUA	0	0	17	12	125	88
PAN	32	22.5	101	71.1	9	6.4
GOLOSINAS Y POSTRES	109	76.8	26	18.3	7	4.9
COMIDA RAPIDA	49	34.4	59	41.6	34	24
GASEOSA Y JUGOS						
ENV.	104	73.3	26	18.3	12	8.4

ANEXO P

**ACTIVIDADES SEDENTARIAS QUE REALIZAN A DIARIO
SEGÚN SEXO EN LOS ADOLESCENTES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JOSE
CARLOS MARIATEGUI
SAN JUAN DE MIRAFLORES
ENERO 2007**

ACTIVIDADES SEDENTARIAS	FEMENINO (n=79)		Prom. Horas Diarias	MASCULINO (n=63)		Prom. Horas Diarias
	Nº	%		N	%º	
VER TV.	59	74.68	5.28	37	58.73	4.61
ESCUCHAR MUSICA (sentado o echado)	39	49.37	2.5	11	17.46	2.18
LEER / ESTUDIAR	13	16.46	3.375	14	22.22	4
INTERNET / VIDEOJUEGOS	8	10.13	2.875	33	52.38	4.27
DESCANSO	17	21.52	2.26	14	22.22	2.15

ANEXO Q

REALIZACION DE ACTIVIDADES FÍSICAS SEGÚN EDAD EN LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO JOSE

CARLOS MARIATEGUI
SAN JUAN DE MIRAFLORES
ENERO 2007

ACTV. FISICA	FEMENINO (n= 79)						MASCULINO (n= 63)					
	10-12 años		13-15 años		16-19 años		10-12 años		13-15 años		16-19 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
REA- LIZAN	24	30.38	15	18.99	5	6.33	24	38.10	17	26.99	13	20.63
NO REA- LIZAN	2	2.53	5	6.33	28	35.44	1	1.59	2	3.17	6	9.52
TOTAL	26	32.91	20	25.32	33	41.77	25	30.16	19	30.16	19	30.15

ANEXO R

ACTIVIDADES FÍSICAS MÁS FRECUENTES SEGÚN SEXO EN LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO JOSE

CARLOS MARIATEGUI

SAN JUAN DE MIRAFLORES

ENERO 2007

ACTIVIDADES FISICAS	FEMENINO (n=79)		MASCULINO (n=63)	
	Nº	%	Nº	%
CAMINAR	5	6.33	3	4.76
CORRER	4	5.16	5	7.94
FUTBOL	1	1.32	42	66.67
VOLEY	24	30.4	1	1.59
OTROS	10	12.74	5	7.92
NINGUNO	35	44.05	7	11.12
TOTAL	79	100	63	100

ANEXO S

**FRECUENCIA DE CONSUMO DE CIGARRO SEGÚN SEXO EN
LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO JOSE
CARLOS MARIATEGUI
SAN JUAN DE MIRAFLORES
ENERO 2007**

FRECUENCIA	FEMENINO		MASCULINO	
	N	%	N	%
NUNCA	65	82.28	48	76.19
MENSUAL	10	12.66	7	11.11
SEMANAL	2	2.53	8	12.7
INTERDIARIO	1	1.265	0	0
DIARIO	1	1.265	0	0
TOTAL	79	100	63	100

ANEXO T

**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO EN
LOS ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO JOSE
CARLOS MARIATEGUI
SAN JUAN DE MIRAFLORES
ENERO 2007**

FRECUENCIA	FEMENINO		MASCULINO	
	N	%	N	%
NUNCA	48	60.76	41	65.08
MENSUAL	24	30.38	5	7.94
SEMANAL	6	7.6	16	25.4
INTERDIARIO	1	1.26	1	1.58
DIARIO	0	0	0	0
TOTAL	79	100	63	100